



Anorexia nervosa – Das Familienleben steht Kopf

Bedürfnisorientierte Unterstützung von Eltern betroffener
Adoleszenten durch Pflegefachpersonen

Amati Simona
S10 271 435

Lehmann Natalie
S14 638 852

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: PF14

Eingereicht am: 05. Mai 2017

Begleitende Lehrperson: Barbara Preusse-Bleuler

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract

1	Einleitung	1
1.1	Relevanz	1
1.2	Zielsetzung	2
1.3	Fragestellung	2
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Anorexia nervosa	3
2.2	Definition Adoleszenz	5
2.3	Familienzentrierte Pflege	5
2.4	Calgary Familien Assessment- und Interventions-Modell	6
2.4.1	Beziehungsaufbau	6
2.4.2	Assessment	6
2.4.3	Intervention	7
2.4.4	Abschluss	7
3	Methode	8
3.1	Forschungsfragen	8
3.2	Datenbankrecherche	8
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien	10
3.4	Auswahl und Beurteilung der Studien	11
4	Ergebnisse	14
4.1	Ergebnisse der Forschungsfrage 1	16
4.1.1	Das Erleben der Krankheit aus Sicht der Eltern	16
4.1.2	Bedürfnisse der Eltern	22
4.2	Ergebnisse der Forschungsfrage 2	23
4.2.1	Interventionen der Studie von Carlton und Pyle (2007)	24
4.2.2	Interventionen der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011)	25
4.2.3	Interventionen des Fachartikels von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003)	26
4.2.4	Outcome der Interventionen	27
4.3	Güte und Evidenz	28
4.4	Kritische Würdigung der Studien	28
4.4.1	Würdigung der qualitativen Studien	28

4.4.2	Würdigung der quantitativen Studien	31
4.4.3	Würdigung des Fachartikels	32
5	Synthese der Ergebnisse	34
5.1	Beziehungsaufbau	34
5.2	Assessment	35
5.3	Interventionen	36
5.4	Abschluss der Beziehung	37
6	Diskussion	38
6.1	Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse	38
6.2	Von Forschern diskutierte Interventionen	39
6.3	Limitationen	41
6.4	Praxistransfer	42
	Literaturverzeichnis	44
	Tabellenverzeichnis	48
	Grafikverzeichnis	48
	Wortanzahl	48
	Danksagung	49
	Eigenständigkeitserklärung	50
	Anhang	51

Abstract

Hintergrund

Anorexia nervosa ist eine Essstörung, welche oft in der Adoleszenz auftritt und mit einer exzessiven, gedanklichen Beschäftigung mit der Nahrung einhergeht. Aufgrund des jungen Alters der Patientinnen und Patienten sind oftmals deren Eltern involviert.

Ziel

Das Ziel ist es, zu erfassen, wie Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa die Krankheit erleben. Daraus sollen bedürfnisorientierte Interventionen hergeleitet werden, welche für Pflegefachpersonen im Umgang mit den Eltern unterstützend wirken sollen.

Methode

Die Literaturlarbeit basiert auf einer Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken anhand formulierter Keywords. Die gefundenen Studien wurden zusammengefasst, kritisch gewürdigt und in Ergebniskategorien gebündelt.

Ergebnisse

Die Erlebnisse der Eltern lassen sich in sieben Themen zusammenfassen: „Das Familienleben steht Kopf“, „Stigmatisierung“, „Alleine gelassen fühlen“, „Schuldgefühle und Machtlosigkeit“, „Wissenslücken“, „Zukunftsängste“ und „Positive Aspekte“. Weiter werden vier Bedürfnisse wiederholt genannt: „Information“, „Einbezug in die Therapie“, „Austauschmöglichkeiten“ sowie „Familietherapie“. In den Interventionsstudien wurde ein positiver Effekt der Psychoedukation für Angehörige, der Wirkung von Selbsthilfegruppen sowie eines aktiven Therapieeinbezugs festgestellt.

Schlussfolgerung

Für Pflegefachpersonen ist es wichtig, den Bedürfnissen betroffener Eltern zu begegnen, um so eine Basis für eine wirkungsvolle Interventionsumsetzung zu schaffen. Dazu sollte sich die Pflegefachperson ihrer Haltung und Rolle bewusst sein.

Keywords

Anorexia nervosa, Adoleszente, Erleben und Bedürfnisse der Eltern, Interventionen, stationärer Aufenthalt.

1 Einleitung

Anorexia nervosa, umgangssprachlich auch Magersucht genannt, ist eine Form von Essstörung, welche gehäuft in der Adoleszenz, vereinzelt auch vor der Pubertät oder im Erwachsenenalter, beginnen kann. Die zentralen psychopathologischen Symptome sind die Einschränkung der Nahrungsaufnahme sowie die permanente, exzessive gedankliche Beschäftigung mit der Nahrung, dem Essen und dem „Dicksein“ (Steinhausen, 2005). Die psychische Krankheit Anorexia nervosa ist nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für ihre Angehörigen belastend. Besonders bei Jugendlichen leidet oft die ganze Familie unter der Situation und die Krankheit kann die bisherige Familienstruktur stark verändern (Salette, 1994). Während die Erkrankten im Fokus der Forschung und somit der Gesundheitsfachpersonen stehen, erhalten die Eltern und ihr Empfinden sekundäre Beachtung. Dabei spielen die Eltern gemäss McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) eine bedeutende Rolle für die Behandlung und den Verlauf von Jugendlichen mit Anorexia nervosa und sollten deshalb bestmöglich unterstützt und in die Behandlung mit einbezogen werden.

Beide Verfasserinnen dieser Literaturarbeit haben während ihren Praktika mit Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa gearbeitet und erkannten die Bedeutsamkeit der Angehörigen, insbesondere der Eltern, während der Therapie der Kinder. Das Fachwissen aus dem Modul „Familienzentrierte Pflege“ erwies sich im Umgang mit den Betroffenen als hilfreich und konnte von den Autorinnen in kleinen Schritten praktisch angewendet werden. Diese eigenen Erlebnisse mit den Betroffenen und ihren Familienstrukturen sind Teil der Motivation für diese Literaturarbeit. Der Fokus der vorliegenden Literaturarbeit liegt auf den Eltern von Jugendlichen, welche an Anorexia nervosa erkrankt sind.

1.1 Relevanz

In der Schweiz sind 3.5 Prozent der Wohnbevölkerung im Laufe ihres Lebens von einer Essstörung betroffen. An Anorexia nervosa leiden 1.2 Prozent der Frauen und 0.2 Prozent der Männer in der Schweiz. Das Durchschnittsalter liegt bei Beginn der Anorexia nervosa mit 17.96 Jahren einiges tiefer als bei anderen Essstörungen. Dies zeigt eine differenzierte Befragung des Universitätsspitals Zürich und der Universität Zürich im Auftrag des Bundesamts für Statistik [BAG] (Schnyder, Milos, Mohler-Kuo & Dermota, 2012). Diese Studie

schliesst allerdings erst Personen ab 15 Jahren ein, was die Vermutung zulässt, dass das Durchschnittsalter bei Beginn der Krankheit noch tiefer ausfällt. Dies wird durch einen Vergleichswert einer Deutschen Untersuchung des Deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys [KiGGS] unterstützt (Hölling & Schlack, 2007). Essstörungen sind potenziell lebensbedrohliche Krankheiten, wobei Anorexia nervosa die höchste Mortalitätsrate aufweist (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011). In der Schweiz sterben etwa zehn Prozent der an Anorexia nervosa Erkrankten an Hungertod, Suizid oder Elektrolytenungleichgewicht (Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen [AES], 2016).

Laut Salette (1994) ist, gerade weil die Krankheit oft im Jugendalter auftritt, die ganze Familie von den damit verbundenen Auswirkungen betroffen. Sich um einen Angehörigen mit Anorexia nervosa zu kümmern, ist mit grossem psychologischen Stress sowie einer geminderten Lebensqualität verbunden (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008). Für die Behandlung der Essstörung ist der Einbezug der Familie von grosser Bedeutung: Gemäss Le Grange (2005) haben Jugendliche, welche eine Familientherapie machen, nachweislich bessere Chancen auf Heilung, als solche, die keine Familientherapie in Anspruch nehmen. Die Familien werden als wichtige Ressourcen der Behandlung von Adoleszenten mit Anorexia nervosa gesehen. Deshalb ist es wichtig, als Pflegefachperson die Eltern mit einzubeziehen und bestmöglich zu unterstützen, um so wiederum bessere Resultate für die Behandlung von Adoleszenten mit Anorexia nervosa zu erreichen (Lock, Agras, Bryson, & Kraemer, 2005).

1.2 Zielsetzung

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist zu erfassen, wie Eltern von Adoleszenten, welche an Anorexia nervosa leiden, die Krankheit während des stationären Aufenthaltes erleben. Daraus sollen bedürfnisorientierte Interventionen hergeleitet werden, welche für Pflegefachpersonen im Umgang mit den Eltern unterstützend wirken sollen.

1.3 Fragestellung

Aus der Zielformulierung hat sich folgende Fragestellung ergeben:

Wie erleben Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa die Krankheit ihrer Kinder und wie können Pflegefachpersonen betroffene Eltern während eines stationären Aufenthaltes bedürfnisorientiert unterstützen?

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden für die Literaturlarbeit wichtige Begriffe definiert und erklärt. Insbesondere wird das Krankheitsbild Anorexia nervosa beschrieben und in das Calgary Familien Modell [CFM] eingeführt.

2.1 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa ist eine Essstörung, welche unter dem alltagssprachlichen Begriff Magersucht bekannt ist. Essstörungen werden gemäss Schnyder, Milos, Mohler-Kuo und Dermota (2012) von der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen [ICD-10] in drei Formen eingeteilt: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und „atypische“ pathologische Essverhaltensmuster wie zum Beispiel die Binge Eating Störung. Oft entstehen Essstörungen in der Jugend und verlaufen chronisch über viele Jahre (AES, 2016). Schnyder, Milos, Mohler-Kuo und Dermota (2012) erläutern anhand der Diagnostischen statistischen Manuals Psychischer Störungen [DSM-IV] und der ICD-10 Klassifikation vier diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa:

Untergewicht

Zum einen besteht ein Untergewicht, das durch selbst indizierten Gewichtsverlust oder durch die Weigerung zur altersentsprechenden Gewichtszunahme verursacht wird. Konkret bedeutet dies ein Körpergewicht, welches 15 Prozent unter dem für das Alter und die Körpergrösse zu erwartenden Gewicht liegt.

Angst vor einer Gewichtszunahme

Ein weiteres Merkmal ist die grosse Angst vor einer Gewichtszunahme oder vor dem „Dickwerden“, trotz bestehendem Untergewicht.

Körperwahrnehmungsstörungen

Des Weiteren treten Körperwahrnehmungsstörungen auf. Diese äussern sich in einer Wahrnehmungsstörung der eigenen Figur, bei welcher das Gewicht einen übertriebenen Einfluss auf die Selbstwertung oder Krankheitsverleugnung hat.

Endokrine Störung

Das vierte Diagnosekriterium ist die endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Bei postmenarchalen Frauen äussert sie sich durch eine sekundäre Amenorrhoe, bei Männern durch einen Potenz- und Interessensverlust an Sexualität.

Zusätzliche psychopathologische Symptome können gemäss Steinhausen (2005) die Einschränkung der Nahrungsaufnahme und die permanente, exzessive gedankliche Beschäftigung mit dem Essen sein. Im Anfangsstadium der Krankheit beschreiben Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2015) ein zunehmendes Interesse für Nahrung und Kalorien und die Beschränkung auf „gesunde“ Nahrung, wobei selten eine prämorbidie Übergewichtigkeit vorliegt. Weiter können häufige Gewichtskontrollen, zunehmende Leistungsorientiertheit und soziale Isolation im Freundeskreis vorhanden sein. Die Patientinnen und Patienten entwickeln sich schnell zu Expertinnen und Experten für Kalorien, was von Bezugspersonen oftmals erst Wochen oder Monate später entdeckt wird. Zu diesem Zeitpunkt haben die Betroffenen ein normales Verhältnis zum Essen möglicherweise bereits verloren. Zusätzlich haben die Betroffenen zu diesem Zeitpunkt selten Einsicht in ihr Krankheitsverhalten und sie verleugnen einen bestehenden Krankheitsprozess (Steinhausen, 2005). Neben dem bereits erwähnten Diagnosekriterium der Amenorrhoe können weitere somatische Symptome, wie ein herabgesetzter Stoffwechsel, Hypothermie, Ödeme, Bradykardie und Hypotonie, auftreten (Steinhausen, 2005).

Verschiedene Ansichten und Modelle versuchen die Ätiologie der Anorexia nervosa herzuleiten. Es werden verschiedene Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Erkrankung erwähnt wie zum Beispiel körperliches Übergewicht, mangelnde Konfliktlösungsfähigkeit, eine überdurchschnittlich angepasste, perfektionistische Persönlichkeitsstruktur, sexuelle Missbrauchserfahrung, familiäre Dysfunktionen und das Bedürfnis nach Selbstkontrolle. Die auf die Krankheit folgenden, biologischen Veränderungen im Körper, welche die endokrinen Systeme betreffen, tragen wesentlich zur Aufrechterhaltung der Krankheit bei. Weiter können aus dem Gewichtsverlust resultierende positive Selbstverstärkungsfaktoren krankheitserhaltend wirken (Steinhausen, 2005).

Für die Therapie von Anorexia nervosa bestehen zahlreiche Therapieprogramme, unter anderen die psychologische Familientherapie, welche seit längerem verbreitet ist. „Die Anorexia nervosa benötigt eine intensive interdisziplinäre Behandlung, um den zahlreichen Komplikationen und der Chronifizierungsgefahr bei sehr vielen Patienten zu begegnen“ (Steinhausen, 2005, S. 10). So individuell wie die Therapieformen auf die Patientinnen und Patienten angepasst werden können, gibt es auch unterschiedliche Verlaufsformen der Erkrankung. Oft führt die Krankheit in die Invalidität, da die Komorbidität für andere psychische Erkrankungen um das vier- bis sechsfache höher ist, als bei gesunden

Menschen (Milos, Spindler, Buddeberg & Cramer, 2003; Spindler & Milos, 2007; Braun, Sunday & Halmi, 1994). Zur genauen Anzahl derjenigen Personen, welche eine Invalidenrente aufgrund einer Essstörung beziehen, kann das BAG keine Aussage machen. Klar ist jedoch, dass je mehr Störungen gleichzeitig vorhanden sind, desto unbefriedigender gestaltet sich der Behandlungserfolg (Meyer, 2009). Wie bereits erwähnt, sind Essstörungen potenziell lebensbedrohliche Krankheiten, wobei gemäss der englischen Meta-Analyse von Arcelus, Mitchell, Wales und Nielsen (2011) die Form der Anorexia nervosa die höchste Mortalitätsrate aufweist. In der Schweiz sterben etwa zehn Prozent der an Anorexia nervosa Erkrankten an Hungertod, Suizid oder Elektrolytenungleichgewicht (AES, 2016).

2.2 Definition Adoleszenz

Der Begriff Adoleszenz wird je nach Literatur unterschiedlich definiert und beinhaltet verschiedene Altersgruppen. Aufgrund bereits gefundener Studien greift die vorliegende Literaturarbeit auf die Definition der WHO (2016) zurück. Diese definiert die Adoleszenz als die Periode des Lebens zwischen dem zehnten und 20. Lebensjahr.

2.3 Familienzentrierte Pflege

Bereits in der Einleitung dieser Literaturarbeit wird angedeutet, welchen grossen Einfluss die Krankheit Anorexia nervosa auf die ganze Familie hat (Kyriacou, Treasure & Schmidt, 2008). Gleichzeitig stellt die Familie eine wichtige Ressource in der Behandlung dar (Lock, Agras, Bryson & Kraemer, 2005). Deshalb sollte nicht nur die Patientin oder der Patient im Fokus der Behandlung stehen, sondern die ganze Familie als System (Kaakinen, Coehlo, Steele, Tabacco, & Hanson, 2014). Ziel der Familienzentrierten Pflege¹ ist einerseits „das gegenseitige Unterstützungspotenzial innerhalb der Familie zu berücksichtigen, andererseits aber auch der Vulnerabilität der Angehörigen Rechnung zu tragen.“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S. 5). Familienzentrierte Pflege nimmt die Familie als System wahr und nicht die einzelnen Individuen der Familie. „Die Familie als System wahrnehmen bedeutet, dass die wichtigsten Bezugspersonen des Patienten als Mitbetroffene von Anfang an und kontinuierlich einbezogen werden.“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S. 7). Die Familienzentrierte Pflege stützt sich auf das Calgary Familien Assessment- und Interventionsmodell von Wright und Leahey (2014), welches im folgenden Unterkapitel erklärt wird.

¹ Familienzentrierte Pflege steht hier für das Konzept „Familienzentrierte Pflege“ und wird folglich grossgeschrieben. Es ist damit nicht „familienzentriert“ als Adjektiv gemeint.

2.4 Calgary Familien Assessment- und Interventions-Modell

Das auf breit abgestützter Expertise basierende CFM wird in diese Literaturarbeit integriert, da es einen handlungsbegleitenden Rahmen für die Implementierung der Studienergebnisse in mögliche Praxissituationen darstellt. In Kapitel 5 werden die Forschungsergebnisse mit dem Modell kombiniert und in Kapitel 6 dient es als Basis für einen Theorie-Praxis-Transfer der Ergebnisse. Das CFM von Wright und Leahey (2014) besteht aus dem Calgary Familien-Assessment-Modell [CFAM] und dem Calgary Familien-Interventions-Modell [CFIM] und wurde speziell für die Pflege entwickelt. Gemäss Wright und Leahey (2014) sollte beim Familien-Assessment sowie bei den Familien-Interventionen ein stetiges Bewusstsein der Pflegenden über die Wechselwirkung von Gesundheit, Krankheit und Familie vorhanden sein. Das CFM lässt sich in vier Phasen einteilen, die nachfolgend beschrieben werden.

2.4.1 Beziehungsaufbau

Der therapeutische Beziehungsaufbau zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Pflegenden ist eine pflegerische Handlung, welche gezielt von den Pflegenden angestrebt wird, um eine harmonische Beziehung zu schaffen. Darauf kann eine wirkungsvolle Pflege stattfinden. Angehörige und Patientinnen und Patienten werden von Pflegefachpersonen als Experten im Umgang mit der Krankheit angesehen und stehen ihnen „mit fachkompetenter Begleitung, Information und Beratung“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S. 14) zur Seite. Das wirkungsvolle Zusammenbringen der Expertise der Familie und die Expertise der Pflegenden bedingt eine „engagierte Neutralität [...]“, welche eine gelassene und wohlwollende Neugier gegenüber allen Personen, ihren Sichtweisen und Erklärungen, ihren Problemen und ihren diversen Möglichkeiten zu Entwicklung und Wandel“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S. 14) beinhaltet. Die Neutralität ist verbunden mit Allparteilichkeit, welche ein emphatisches Einfühlen, eine Anerkennung aller Verdienste und dementsprechende Parteilichkeit der Fachperson eines jeden Familienmitglieds ermöglicht.

2.4.2 Assessment

Das CFAM von Wright und Leahey (2014) ist zum einen ein strukturgebendes Modell, um eine Familie bei der Suche ihrer Stärken und bei der Lösung ihres Problems zu unterstützen. Zum anderen ist es ein Instrument für das Assessment von Familien. Es lässt ei-

ne Familie auf drei verschiedenen Ebenen erfassen. Auf der strukturellen Ebene hilft es, Familienstrukturen und -zusammensetzungen zu verstehen. Auf der Entwicklungsebene wird die aktuelle Phase im Lebenszyklus der Familie mit den zugehörigen Aufgaben und den damit verbundenen emotionalen Bindungen eruiert. Auf der funktionalen Ebene wird das Zusammenspiel zwischen dem geforderten Symptom- und Alltagsmanagement und der Unterstützung durch Angehörige erfasst.

2.4.3 Intervention

Das CFIM von Wright und Leahey (2014) wird angewendet, wenn sich aufgrund des CFAM ein Interventionsbedarf herausstellt. „Das CFIM ist ein strukturgebendes Konzept, das geeignet ist, die Schnittstelle zwischen einem bestimmten Bereich der Familienfunktion und der von der Pflegenden angebotenen Intervention zu konzeptualisieren.“ (Wright & Leahey, 2014, S. 161). Das CFIM baut auf den Elementen Intervention, Bereich der Familienfunktion und „Zusammenpassen“, also der Wirksamkeit, auf. Es geht folglich darum, welche Pflegeinterventionen in welchem Bereich der Familienfunktion eine Veränderung bringen. Die Familienfunktion wird in den kognitiven Bereich, den affektiven Bereich und den verhaltensbezogenen Bereich eingeteilt. Eine Intervention in einem Bereich kann oft auch Auswirkungen auf die anderen beiden Bereiche haben oder gar alle Bereiche beeinflussen.

2.4.4 Abschluss

„Wenn die Pflegende sich von der Familie verabschiedet, dann sollte die Familie so viel Hoffnung und Vertrauen in ihre neuen und wiederentdeckten Stärken, Ressourcen und Fähigkeiten haben, dass sie sich in der Lage fühlt, sich um ihre Gesundheit und um ihre Beziehungen selbst zu kümmern.“ (Wright & Leahey, 2014, S. 319). Die Abschlussphase enthält fünf wichtige Elemente: Die Einschätzung, ob ein Abschluss sinnvoll ist, die Anerkennung für die erreichte Arbeit geben, um eine bessere Nachhaltigkeit zu erreichen, die Evaluation der Gespräche, das Überweisen an weitere Fachpersonen bei Bedarf und das Anbieten von Kontaktwiederaufnahme (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012).

3 Methode

In diesem Kapitel wird die Vorgehensweise der Literaturrecherche und die Bewertung der gefundenen Literatur detailliert beschrieben. Für den theoretischen Hintergrund wurde eine Literaturrecherche im Nebis, dem Netzwerk von Bibliotheken und Informationsstellen in der Schweiz sowie eine unsystematische Internetrecherche durchgeführt. Dieses Kapitel konzentriert sich jedoch lediglich auf die Recherche der Studien, welche für den Ergebnisteil der vorliegenden Literaturarbeit relevant sind.

3.1 Forschungsfragen

Die Fragestellung der vorliegenden Literaturarbeit enthält zwei verschiedene Aspekte, welche erfragt werden. Einerseits werden die Erlebnisse und Bedürfnisse der Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa erfragt, andererseits wird nach bedürfnisorientierten Pflegeinterventionen gesucht. Um aus der Literatur Antworten zu beiden Aspekten zu erhalten, werden aus der Hauptfragestellung zwei Forschungsfragen abgeleitet:

- Forschungsfrage 1: Wie erleben Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa die Krankheit und welche Bedürfnisse haben sie?
- Forschungsfrage 2: Wie können die Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa während eines stationären Aufenthaltes von Pflegefachpersonen unterstützt werden?

3.2 Datenbankrecherche

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete, MEDLINE / PubMed und PsycINFO sowie eine unsystematische Schneeballsuche in den Literaturverzeichnissen der bereits gefundenen Studien sowie mit Hilfe von google scholar durchgeführt. Die Recherche erfolgte zwischen Juli und Dezember 2016. Für die Suche in den Datenbanken wurden Keywords auf Deutsch definiert und in Englisch übersetzt. Dieser Vorgang wurde für beide Forschungsfragen einzeln durchgeführt. Die Keywords sind in Tabelle 1 und 2 aufgelistet.

Tabelle 1

Keywords für die Forschungsfrage 1

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch
Phänomen	Erleben	experience
	Erfahrung	lived experience
	Empfindung	
	Bedürfnisse	wants, needs
	Magersucht, Anorexia nervosa	Anorexia nervosa,
	Essstörung	Eeating disorder
Setting	Akutspital, Krankenhaus	hospital, clinic
	Stationärer Aufenthalt	inpatient, hospital treatment, hospital care, infirmary
	Therapiestation	therapy
Population	Eltern	parents
	Mutter, Vater von	mother, father of
	Adoleszenten, Jugendlichen, Teenagern	adolescent, teenager, youth, young people, juvenile
	mit Anorexia nervosa	with Anorexia nervosa

Tabelle 2

Keywords für die Forschungsfrage 2

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch
Phänomen	Interventionen	intervention
	Hilfestellung	help
	Unterstützung, Support	support, aid
	Magersucht, Anorexia nervosa,	Anorexia nervosa,
	Essstörung	eating disorder
Setting	Akutspital, Krankenhaus	hospital, clinic
	Stationärer Aufenthalt	inpatient, hospital treatment,

	Therapiestation	hospital care, infirmary therapy
Population	Eltern	parents
	Mutter, Vater von	mother, father of
	Adoleszenten, Jugendlichen, Teenagern	adolescent, teenager, youth, young people, juvenile
	mit Anorexia nervosa	with Anorexia nervosa
	Pflegefachperson, Pflege	nurse

Für die Recherche wurden die Keywords mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden. Um die Suche weiter einzugrenzen, wurde zum Teil der Operator „NOT“ benutzt und folgendes Limit eingesetzt: adolescents. Aufgrund der schmalen Studienlage wurde auf weitere Limits verzichtet, da unter deren Verwendung die Suche begrenzte Ergebnisse brachte.

3.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Vor der Datenbankrecherche wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, welche zur Eingrenzung der Thematik dienten. Da es sich um ein junges Forschungsgebiet handelt, musste die Suche relativ breit gehalten werden. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Anorexia nervosa	Bulimia nervosa, weitere Essstörungen
Akutstation	Ambulante Therapie
Eltern	Geschwister, andere Verwandte, Freunde
Westliche Kulturkreise	Drittweltlandkulturen
Studienpublikation zwischen 2000 und 2016	Studienpublikation vor 2000

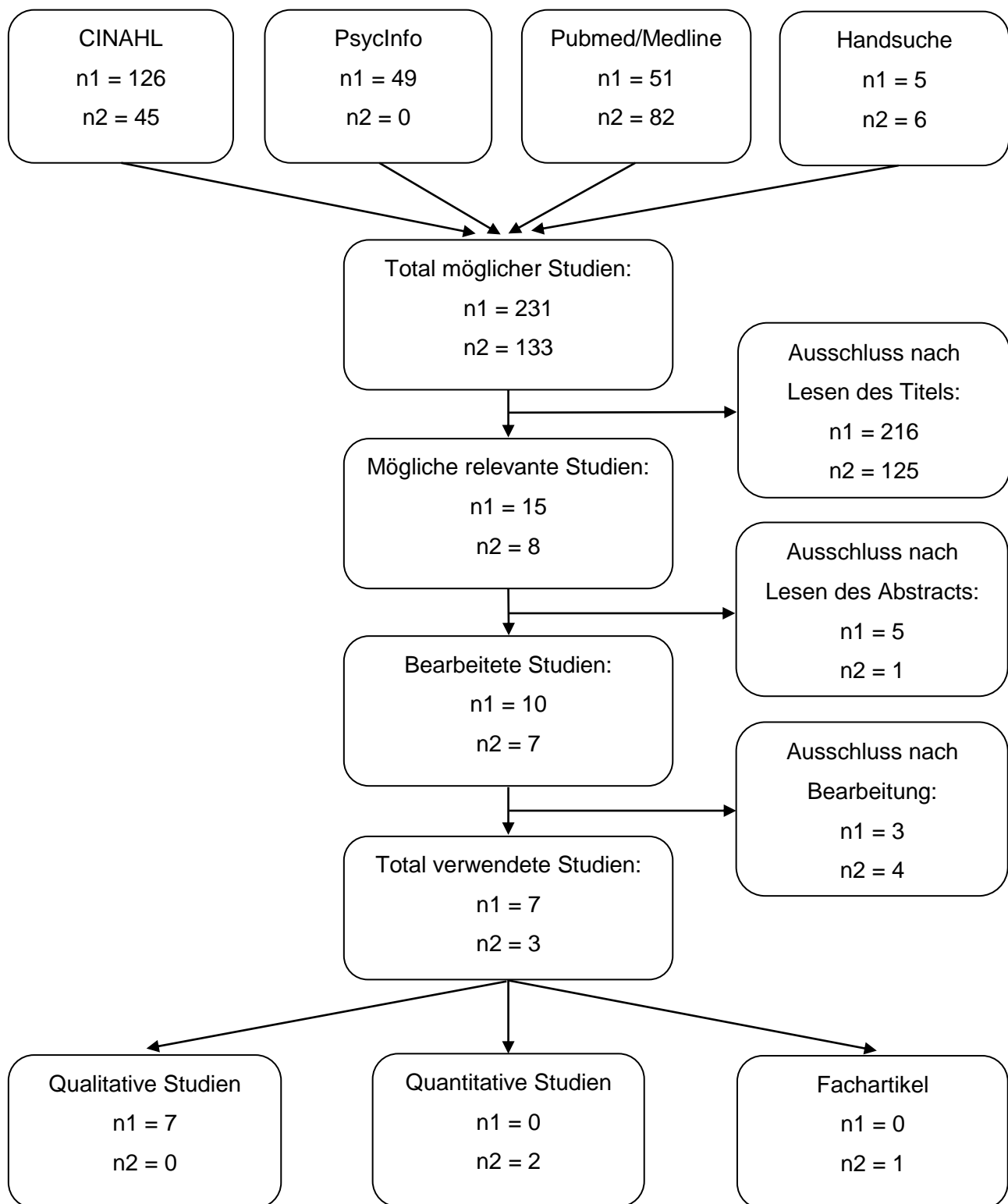
Im Verlauf der Bearbeitung hat sich gezeigt, dass die Ein- und Ausschlusskriterien aufgrund des eher schmalen Forschungsstandes des zu untersuchenden Gebiets gelockert

werden müssen. Somit wurden auch Studien, welche verschiedene Essstörungenformen untersuchen, ambulante Settings aufweisen oder weitere Familienmitglieder mit einbeziehen, eingeschlossen.

3.4 Auswahl und Beurteilung der Studien

Alle gefundenen Studien wurden zuerst anhand des Titels, danach mittels Lesen des Abstracts nach ihrer Relevanz beurteilt. In einem weiteren Schritt wurden die in Frage kommenden Studien mit dem Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) zusammengefasst, welches auf den Leitfragen von Lincoln und Guba (1985) für qualitative und von Burns und Grove (2005) für quantitative Studien basiert. Während dieses Arbeitsschrittes wurden für die Forschungsfragen unpassende Studien nochmals identifiziert und ausgeschlossen. Der genaue Vorgang der Ein- und Ausschliessung der Studien der jeweiligen Forschungsfragen (n1 = Forschungsfrage 1, n2 = Forschungsfrage 2) ist in der Grafik 1 im Flussdiagramm² ersichtlich.

² Es sind nur Studien mitgezählt, bei welchen bei den Suchvorgängen mindestens eine mögliche relevante Studie dabei war.



Grafik 1 Flussdiagramm zur Literaturrecherche

Nach der Zusammenfassung der definitiv eingeschlossenen Studien erfolgte die kritische Würdigung. Dazu wurden die qualitativen Studien mit Hilfe der Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Belastbarkeit nach Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Die Qualität der quantitativen Studien wurde anhand der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Meyer (2008) gemessen. Dazu diente das Arbeitsinstrument AICA für Forschungsartikel (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) als Hilfestellung. Die Evidenz der Studien wurde nach der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009) geprüft. Der hinzugezogene Fachartikel wurde anhand der Expertise der Forscherinnen und Forscher sowie an Kriterien, die sich an den oben genannten Gütekriterien anlehnen, geprüft.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den systematisch bearbeiteten Studien präsentiert. Die Tabellen 4 und 5 dienen als Übersicht über alle verwendeten Studien. Deren detaillierte Zusammenfassungen und Würdigungen sind im Anhang ersichtlich.

Tabelle 4:

Übersicht der Studien von Forschungsfrage 1

Studientitel	Autoren	Studiendesign	Nation
Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences (2015)	McCormack, C. & McCann, E.	Qualitativer Ansatz	Irland
Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories (2006)	Hillege, S., Beale, B. & McMaster, R.	Qualitativer Ansatz	Australien
The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals (2004)	McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. & Nagy, S.	Qualitativer Ansatz	Australien
Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study (2005)	Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Treasure, J.	Qualitativer Ansatz	England
Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis (2014)	Bezance, J. & Holli-day, J.	Qualitativer Ansatz	England

Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents (2004)	Cottee-Lane, D., Pistrang, N. & Brant-Waugh, R.	Qualitativer Ansatz	England
The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of the views of parents (2005)	Tierney, S.	Qualitativer Ansatz	England

Tabelle 5:

Übersicht der Studien von Forschungsfrage 2

Titel	Autoren	Studiendesign	Nation
A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise specified (2007)	Carlton, P. & Pyle, R.	Quantitative Fall-Kontroll-Studie	England
Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders (2011)	Gísladóttir, M. & Svavarsdóttir, E. K.	Quantitativer Ansatz mit Pre-post Design	Island
Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher (2003)	Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., & Herpertz-Dahlmann, B.	Fachartikel zu einem Praxisqualitätsentwicklungsprojekt	Deutschland

4.1 Ergebnisse der Forschungsfrage 1

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien, welche die erste Forschungsfrage nach dem Erleben sowie nach den Bedürfnissen betroffener Eltern beantworten, vorgestellt und miteinander in Verbindung gebracht.

4.1.1 Das Erleben der Krankheit aus Sicht der Eltern

Für die Beantwortung des Phänomens „Erleben“ werden die relevanten Ergebnisse aus den Erlebnisstudien herausgearbeitet und in sieben Kategorien eingeteilt, welche in Grafik 2 veranschaulicht und nachfolgend beschrieben sind.



Grafik 2 *Erlebnisse von Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa*

Das Familienleben steht Kopf

Laut McCormack und McCann (2015), Whitney, Murray, Gavan, Todd, Whitaker und Treasure (2005), Bezance und Holliday (2014) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) ist das ganze Familienleben von der Krankheit betroffen. Es dreht sich alles um die Anorexia nervosa des Kindes. Die Eltern beschreiben eine enorme Abhängigkeit, welche

sie von ihren Kindern erfahren (Whitney et al., 2005). Innerhalb der Familie, vor allem zwischen den Eltern, kommt es oft zu Meinungsverschiedenheiten und Konfliktsituationen, was den Umgang und die Erziehung der erkrankten Person betrifft. In der Studie von Hillege, Beale und McMaster (2006) ist von einem Zerfall der Familienstruktur die Rede. Vor allem die Familienmahlzeiten werden als belastende Situationen erlebt. Restaurantbesuche werden gemieden (McCormack & McCann, 2015; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Themen, welche mit dem Essen assoziiert sind, werden innerhalb der Familie bewusst umgangen. Des Weiteren werden persönliche Bedürfnisse der Eltern sowie ihre partnerschaftlichen Beziehungen zurückgestellt (McCormack & McCann, 2015; Bezance & Holliday, 2014; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004), wodurch viele Eltern in der Studie von Bezance und Holliday (2014) einen Identitätsverlust beschreiben. Auch der Einfluss der Krankheit auf die familiären Finanzen bezüglich diverser Therapieversuche, speziellen Essgewohnheiten, Transportkosten und verpasster Arbeitszeit nennen Eltern in den Interviews von McCormack und McCann (2015) und Hillege, Beale und McMaster (2006).

Stigmatisierung

Die Stigmatisierung der psychischen Krankheit Anorexia nervosa ist in verschiedenen Studien ein Thema. Stigmatisierung wird als grosse Belastung für die Betroffenen und auch für die Eltern erlebt (McCormack & McCann, 2015; Whitney et. al, 2005; Bezance & Holliday, 2014). Gemäss McCormack und McCann (2015) bemühen sich Eltern die Krankheit in der Öffentlichkeit aber auch innerhalb der Familie nicht anzusprechen, im Glauben daran, die Betroffenen vor ungewollten Reaktionen der Mitmenschen schützen zu können. Laut McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) erfahren viele Eltern auch im Umgang mit dem Gesundheitspersonal Stereotypisierungen gegenüber Essstörungen:

“She’d [nurse] called C a stupid little twit, she was wasting everybody’s time and if she didn’t have the drink...” (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004, S. 71)

Soziale Isolation

Zu Beginn der Krankheit fühlen sich Eltern oft alleine gelassen. Dieses Gefühl beruht in erster Linie auf diversen Erfahrungen mit den erstversorgenden Hausärzten. Abweisende, respektlose Haltungen gegenüber den Betroffenen und deren Eltern beeinflussen den Beziehungsaufbau negativ (McCormack & McCann, 2015; Hillege, Beale & McMaster, 2006;

McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Tierney, 2005; Bezance & Holliday, 2014). Die Studien von McCormack und McCann (2015) und Tierney (2005) berichten von Hausärzten, welche selbst über wenig aktuelles Wissen zur Krankheit verfügen und kaum Informationen zu aktuellen Therapien an die Eltern weitergeben können. Gemäss Tierney (2005) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) werden durch den Hausarzt Fehldiagnosen wie Mononukleose oder Prüfungsstress gestellt oder die Symptome der Pubertät zugeschoben. Viel zu lange wird von diversen Gesundheitsfachpersonen sowie Schulsozialarbeitern oder -psychologen nichts unternommen (McCormack & McCann, 2015; Tierney, 2005). Dadurch fühlen sich Eltern gezwungen, eigenhändige Recherche im Internet zu betreiben, um an die notwendigen Informationen zu kommen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Whitney et al., 2005; Bezance & Holliday, 2014; Tierney, 2005). Gemäss Hillege, Beale und McMaster (2006), McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004), Whitney et al., 2005 und Tierney (2005) können auch weitere Gesundheitsfachpersonen sowie Verwandte und Freunde durch Unverständnis der Situation zur sozialen Isolation beitragen:

„I don't think people realized there was anything wrong and if I did try and say anything to people who would be normally supportive, they didn't know and they'd say things like ,Oh well give her cake to eat.' ...your normal supports where not really all that helpful... you'd look to someone for support... but they'd actually drag you down and you'd think, ,Oh I wish I hadn't even said anything.' “ (Hillege, Beale & McMaster, 2006, S. 1020)

Durch die Erfahrung auf Unverständnis oder fehlenden Beistand sowie mangelnde Unterstützung zu stossen, versuchen die Eltern die Krankheit nicht nach aussen zu tragen und ziehen sich dadurch immer mehr zurück. Viele Eltern sind mit der Sorge um ihr Kind auf sich alleine gestellt (McCormack & McCann, 2015; Hillege, Beale & McMaster, 2006; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Dieser soziale Rückzug erschwert den Eltern die Krisenbewältigung (Hillege, Beale & McMaster, 2006). Am Punkt angekommen, an welchem das Gesundheitssystem auf die Krankheit aufmerksam und eine Therapie aufgenommen wird, fühlen sich die Eltern erleichtert (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004) aber gleichzeitig geben sie an, sich zum Teil vom Gesundheitspersonal und der Behandlung ausgeschlossen zu fühlen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Tierney, 2005):

„...The message to parents is ‘I’m seeing your child I’m taking over from you... you stay home... and make sure she eats’... It’s insulting to a person like me... I’ll do whatever it takes. But don’t shut me out and treat me like a moron. It makes me angry.” (McMaster, Beale, Hillege & Nagy 2004, S. 70)

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer fühlen sich in ihrer Rolle als Eltern gekränkt und werden beim Ansprechen gewisser Bedenken gegenüber der Behandlung vom Gesundheitspersonal nicht ernst genommen. Im Widerspruch dazu wird den Eltern nach Abschluss der Therapie die gesamte Verantwortung für den Genesungsprozess und das Managen der Krankheit zurückgegeben, wobei sich die Eltern erneut alleine gelassen und überfordert fühlen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004). Eltern der Studie von McCormack und McCann (2015), McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004), Tierney (2005) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) nennen neben den negativen Erfahrungen mit Gesundheitsfachpersonen auch die Wichtigkeit einer empathischen, professionellen Beziehung, welche sie vereinzelt erfahren haben. Gemäss Tierney (2005) schätzen die Eltern den vertrauensvollen Kontakt, welchen sie während des Krankheitsprozesses mit mindestens einer Gesundheitsfachperson aufbauen konnten.

Schuldgefühle und Machtlosigkeit

Schuldgefühle sind ein grosses Thema bei Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa. Viele machen sich Vorwürfe, die Krankheit und ihre Symptome nicht früher erkannt zu haben (McCormack & McCann, 2015; Tierney, 2005; Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Auch suchen sie bei sich und ihrem Erziehungsstil die Gründe für den Ausbruch der Krankheit. Als Folge darauf erzählen Eltern von negativen Auswirkungen auf das eigene Selbstbewusstsein (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005). Gefühle des Versagens belasten die Eltern, da sie ihr Kind nicht zum Essen bewegen können (Bezance & Holliday, 2014; Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Die Unsicherheit über die Ursachen und Auslöser der Krankheit belastet sie zusätzlich (Whitney et al., 2005). Der emotionale Druck, den Eltern erleben, scheint kaum zu bewältigen. Väter und Mütter beschreiben dramatische Situationen kurz vor dem Zusammenbruch, sowohl psychischer als auch physischer Natur (Hillege, Beale & McMaster, 2006; Bezance & Holliday, 2014; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Negative Gefühle wie Wut, Traurigkeit, Not, Angst, Hoffnungslosigkeit und Feindseligkeit werden konkret in der Studie von Whitney et al., 2005 genannt. Viele Teilneh-

merinnen und Teilnehmer der Studien empfinden es als kaum aushaltbar, die physischen sowie psychischen Veränderungen ihrer Kinder machtlos miterleben zu müssen (Bezance & Holliday, 2014). Sie fühlen sich der Krankheit ausgeliefert (Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004).

Wissenslücken

Oben beschriebene Schuldgefühle werden oft durch Unwissen über Symptome und Anzeichen der Krankheit verstärkt (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005). Die Erkenntnis der Krankheit ist für viele Eltern ein langsamer Prozess. Aufgrund mangelnden Wissens der Eltern wird das Verhalten des Kindes im Anfangsstadium nicht mit der psychischen Krankheit Anorexia nervosa assoziiert. Einige fassen das Verhalten des Kindes als physiologischer Entwicklungsschritt der Pubertät auf (Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Laut der Studie von Tierney (2005) versetzt die Diagnose viele Eltern in einen Schockzustand. Mit wachsendem Wissen kommt Fassungslosigkeit über die Komplexität und die Ernsthaftigkeit der Krankheit auf (Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Eltern äussern, sich nicht nur Gedanken über Ursachen und Symptome zu machen, sondern auch welche Konsequenzen die Krankheit für ihr Kind und die Familie hat und wie lange dieser Zustand andauern wird (Whitney et al., 2005).

Zukunftsängste

Mit den vor Augen geführten Tatsachen der Krankheit werden Eltern mit Zukunftsängsten konfrontiert (McCormack & McCann, 2015; Tierney, 2005). Eltern der Studie von McCormack und McCann (2015) äussern Bedenken bezüglich des Ausgangs der Krankheit und deren Auswirkungen auf die gesamte Entwicklung ihres Kindes. Als besonders dramatisch erleben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie von Tierney (2005) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) den Moment, als sie realisieren, dass ihr Kind an den Folgen von Anorexia nervosa sterben könnte. Dies versetzt sie in Todesangst. Neben der Angst um den Gesundheitszustand ihres Kindes kommt die Sorge hinzu, dass ihr Kind einen Grossteil des sozialen Lebens verpassen könnte (Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004).

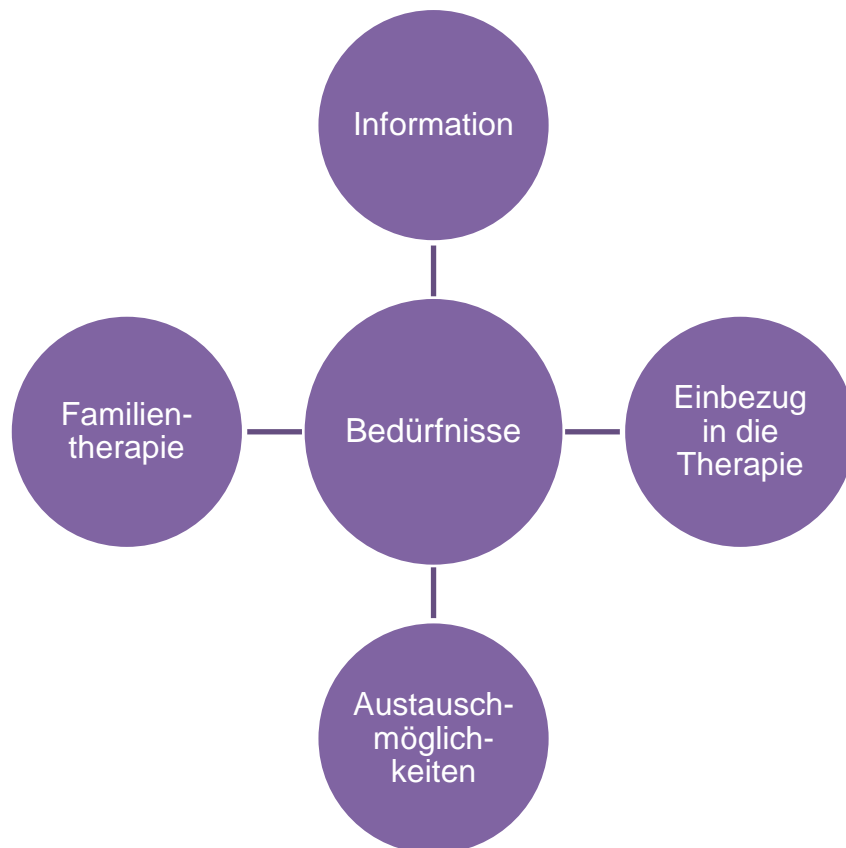
Positive Aspekte

Gemäss McCormack und McCann (2015) sind Eltern auch im Stande Positives der Krankheit ihres Kindes abzugewinnen. So erzählen Eltern von bisher unbekannten Stär-

ken und Resilienzen der Betroffenen, welche durch die Krankheit hervorkommen. Betroffene Eltern stellen fest, dass ihr Kind am Prozess gewachsen ist und eine positive Entwicklung durchgemacht hat. Des Weiteren nennen Eltern eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Familie (McCormack & McCann, 2015) sowie ein Zusammenbringen der Familie durch eine positive Krisenbewältigung (Hillege, Beale & McMaster, 2006). Vor allem Väter beschreiben eine vermehrte Zuneigung ihren betroffenen Kindern gegenüber. Dies ist verbunden mit dem starken Wunsch, ihr Kind schützen zu können (Whitney et al., 2005). Die Eltern der Studie McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) geben an, alles für ihr Kind zu tun, um es zu unterstützen. Sie haben keine Wahl, denn sie sind nicht bereit, aufzugeben. Obengenannte positive Aspekte sind gemäss den Eltern der Studien von McCormack und McCann (2015), McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) und Whitney et al. (2005) eine gute Copingstrategie und Ressource, um die eigenen Kräfte zu erhalten und über die Hoffnungslosigkeit hinwegzuhelfen.

4.1.2 Bedürfnisse der Eltern

In diesem Unterkapitel wird mit dem Phänomen „Bedürfnisse“ der zweite Teil der ersten Forschungsfrage beantwortet und eine Basis für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage nach möglichen Pflegeinterventionen geschaffen. Eine Übersicht der eruierten Bedürfnisse bietet die Grafik 3.



Grafik 3 *Bedürfnisse von Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa*

Information

Eltern haben das Bedürfnis nach mehr Informationen über die Krankheit (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). In der Studie von McCormack und McCann (2015) wird als Beispiel eine Eins-zu-eins-Sitzung mit einer Fachperson genannt, welche die Möglichkeit bietet, konkrete Fragen, die im Verlauf auftauchen, zu stellen.

Einbezug in die Therapie

Eltern wünschen sich während eines stationären Aufenthaltes regelmässige Informationen über den Therapieverlauf und den aktuellen Gesundheitszustand ihres Kindes. Sie möch-

ten in die Behandlung miteinbezogen werden, denn sie fühlen sich als Eltern verantwortlich für das Wohlergehen ihres Kindes (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004 und Tierney, 2005):

„We were at the stage where we'd been [patient]'s mum and dad for 16 years, and we were used to working problems through with her, and then suddenly these barriers came down and we felt that things were happening to her and being discussed with her and that we were being blocked out of it, yet we were the ones she had to come back to when they had had their little go with her.” (Tierney, 2005 S. 374)

Austauschmöglichkeiten

Eltern äussern den Wunsch nach einer Selbsthilfegruppe, bei der sie sich mit anderen Eltern austauschen und gegenseitig unterstützen können. Des Weiteren besteht ein Bedürfnis nach mehr unterstützenden Netzwerken auf nationaler Ebene (McCormack & McCann, 2015; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). In der Studie Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) wird von den Eltern als Beispiel ein nationales Register genannt, über welches sich betroffene Eltern kontaktieren könnten.

Familientherapie

Die psychologisch geleitete Familientherapie wird von fast allen Eltern geschätzt. Sie bietet ihnen die Möglichkeit, sich in einem geschützten Rahmen zu ihrer Situation zu äussern. Gemäss Eltern wären zusätzliche Sitzungen ohne das betroffene Kind wünschenswert, um sich unbefangener ausdrücken zu können (Tierney, 2005).

4.2 Ergebnisse der Forschungsfrage 2

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien vorgestellt, welche die zweite Forschungsfrage zu Unterstützungsmöglichkeiten durch Gesundheitsfachpersonen betroffener Eltern beantwortet. Zuerst werden die in den Studien durchgeführten Interventionen zusammenfassend beschrieben und in einem weiteren Schritt im Unterkapitel Outcome die aus den Studien resultierenden Ergebnisse vorgestellt und miteinander in Verbindung gebracht.

4.2.1 Interventionen der Studie von Carlton und Pyle (2007)

Auf den Resultaten der Fokusgruppe basierend, entwickelten die Autoren der Studie Carlton und Pyle, (2007) das „Parent Education and Support Programm“ [PESP]. Das PESP unterstützt Eltern in psychiatrischen, ernährungstechnischen und medizinischen Fragen und Anliegen und bietet zusätzlich emotionale Unterstützung. Das Programm besteht aus drei Interventionen:

- Als erste Intervention erhalten alle Eltern bei Klinikeintritt ihres Kindes den Text „Essstörungen verstehen: Eine Anleitung für Eltern“. In dieser Informationsbroschüre wird über medizinische, ernährungstechnische und psychiatrische Risiken sowie Behandlungsmethoden informiert.
- Die zweite Intervention ist eine wöchentliche Selbsthilfegruppe für betroffene Eltern. Diese wird von einem Psychologen geleitet und ist für Eltern von stationär sowie ambulant behandelten Jugendlichen zugänglich. Es ist ein Ort, an welchem sich betroffene Eltern über ihre Bedenken, Ängste und Schuldgefühle äussern können.
- Die dritte Intervention ist eine wöchentliche medizinische Frage und Antwort-Runde mit einem Jugendmediziner. In diesen Sitzungen erhalten Eltern die Gelegenheit, einem Spezialisten jegliche Fragen über das Behandlungsprogramm und über die Krankheit ihrer Kinder zu stellen.

Noch bevor es zur Einführung der Intervention PESP kam, wurden als eine direkte Folge auf die Resultate der Fokusgruppe drei Verbesserungen in das bestehende stationäre Behandlungsprogramm aufgenommen. Diese Verbesserungen, welche während der Einführung des PESP beibehalten wurden, beinhalten ein detailliertes Eintrittsgespräch, an welchem alle Eltern teilnehmen und in welchem über den Gesundheitszustand des Kindes sowie über die Behandlung informiert wird. Weiter gibt es vor dem Klinikaustritt der Betroffenen mindestens drei Familienessen, an welchen die Familie gemeinsam unter der Supervision von Pflegefachpersonen eine Hauptmahlzeit einnimmt. Während eines ausführlichen Austrittsgespräches wird ein Behandlungsplan für Zuhause inklusive einem Menüplan und einem medizinischen und psychiatrischen Nachbehandlungsplan erstellt.

4.2.2 Interventionen der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011)

Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) erkennen die Notwendigkeit des Einbezugs von Familien von Personen mit einer Essstörung in den Behandlungsprozess und sehen in ihnen eine wichtige Ressource für den Therapieverlauf. Dazu müssen sie durch Pflegefachpersonen und weiteres Gesundheitspersonal bestmöglich unterstützt werden. In ihrer Studie untersuchen die Autoren zwei Interventionen, welche zum Ziel haben, Familienmitglieder von Personen mit Anorexia nervosa besser unterstützen zu können. Es wird eine Psychoedukation für Familienangehörige sowie eine darin enthaltene Unterstützungsmassnahme durchgeführt. Dazu wird im Zeitraum von vier Wochen wöchentlich eine Gruppensitzung gehalten. Diese wird durch die Forscher selbst sowie eine Pflegeexpertin geleitet. In der ersten Phase der Sitzungen wird psychoedukativ über Symptome, Ursachen, Behandlung und Prognose von Essstörungen sowie über die Rolle der Angehörigen aufgeklärt. In der zweiten Phase werden den Angehörigen während sowie vor und nach den Sitzungen Aufgaben gestellt. Darin müssen sie sich mit folgenden Themen auseinandersetzen (Gísladóttir & Svavarsdóttir 2011, S. 126):

- Einen Unterschied in der Veränderungsbereitschaft erkennen
- Aktives Zuhören
- Wer leidet am meisten in der Familie? Über die eigenen Erfahrungen schreiben
- Was hat sich in der Familieninteraktion und den Routinen innerhalb der Familie verändert? Unternimmt etwas zusammen, zum Beispiel ein Spiel spielen oder in ein Kaffee gehen

In der dritten Phase werden Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt und darüber gesprochen (Gísladóttir & Svavarsdóttir 2011, S. 126):

- Beurteilt den Einfluss der Krankheit auf die Familie
- Überprüft das emotionale Empfinden
- Lobt die Familie für ihre Stärken
- Konstruktive Überzeugungen werden bestärkt
- Es werden therapeutische Fragen gestellt

4.2.3 Interventionen des Fachartikels von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003)

Im Fachartikel von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) wird durch das Angebot einer Psychoedukationsgruppe versucht, zu einer Verbesserung des Krankheitsverständnisses und einer grösseren Transparenz der Behandlung beizutragen. Das Schulungsprogramm umfasst fünf Sitzungen in wöchentlichem Abstand über je 90 Minuten und wird von einem Arzt, einer Ernährungswissenschaftlerin und einer Ergotherapeutin der Klinik geleitet. Beim ersten Termin werden folgende Themen besprochen (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003, S.54):

- Vorstellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und Referentinnen und Referenten
- Informationen zur Anorexia nervosa (Medizinische Komplikationen, Häufigkeit und Komorbidität, Ätiologie, Auswirkungen auf die Eltern / Familie)

Beim zweiten Termin geht es vor allem um diese Themen (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003, S.54):

- Informationen zu Bulimia nervosa
- Vorstellung des ambulanten und stationären Behandlungskonzepts
- Indikation und Ziele der stationären Behandlung
- Das Phasenmodell der Behandlung Teil eins (körperliche Stabilisierung, spezifische Essstörungstherapie, Psychotherapie und unterstützende Therapiebausteine)

Der dritte Termin umfasst (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003, S.54):

- Ernährungsberatung durch die Ernährungswissenschaftlerin der Abteilung (Zusammensetzung einer ausgewogenen Ernährung, Grundumsatz, starvationsbedingte Veränderungen, wachstumsspezifische Aspekte)

Inhalte des vierten Termins sind (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003, S.54):

- Aufgreifen von Fragen aus Teil zwei und drei
- Das Phasenmodell Teil zwei (Ergotherapie als Therapiebaustein, psychosoziale Integration: Teilnahme an Aktivitäten, Essen in der Gruppe, ausserhalb der Station, mit Familie auf der Station, bei Freizeitaktivitäten, Vorbereitung auf die Entlassung: zunehmende Förderung von Aktivitäten ausserhalb der Station: externer Schulbesuch, Übernachtung zu Hause, Essen mit der Familie, bei Freizeitaktivitäten)

Beim fünften und letzten Termin werden folgende Themen besprochen (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003, S.54):

- Grundregeln im Umgang mit Problemen (z.B. Körperschemastörung, Gewichtsphobie, restriktives Essen)
- Weiterbehandlung nach stationärer Entlassung
- Feedback-Runde und Diskussion offener Fragen und Anregungen der Eltern

4.2.4 Outcome der Interventionen

Die Eltern aller Studien sowie des Fachartikels der zweiten Forschungsfrage sind mit einem zusätzlich angebotenen Unterstützungsprogramm zufrieden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie von Carlton und Pyle (2007) und Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) fühlen sich durch die Psychoedukation signifikant besser informiert als Eltern ohne Unterstützung. Eltern äussern auch, dass die Informationen hilfreich sind, um sich auf die Krankheit des eigenen Kindes einzustellen. Nur wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer empfinden die Informationen als belastend oder als zu medizinisch (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003). Gegenüber den in den Sitzungen gestellten Aufgaben zur Selbstreflexion sind 80 bis 90 Prozent der Eltern positiv gestellt. Die Sorge über das Essverhalten des Kindes oder das Gewicht wird durch eine Psychoedukation in der Gruppe signifikant reduziert gegenüber Eltern, welche kein Unterstützungsangebot besuchen (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011). Die Anwesenheit anderer Eltern und die dadurch mögliche Diskussion mit anderen Betroffenen schätzen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Fachartikels von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) sowie auch diejenigen der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011). Das Angebot wird als Selbsthilfegruppe genutzt. Das edukative Programm trägt

dazu bei, dass sich Eltern vermehrt als Teil der Therapie und weniger davon ausgeschlossen fühlen. Dies führt dazu, dass Eltern für den Spitalaustritt ihres Kindes besser vorbereitet sind und eine genauere Vorstellung davon haben, wie die Mahlzeiten zu Hause vonstattengehen könnten (Carlton & Pyle, 2007). Von vielen Eltern wird vermehrt der Wunsch nach noch mehr praktischen Ratschlägen im Umgang mit den Patientinnen und Patienten geäußert (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003).

4.3 Güte und Evidenz

Die Forschung nach dem Erleben, den Bedürfnissen und den daraus hergeleiteten Interventionsmöglichkeiten von Eltern von Kindern mit Anorexia nervosa ist ein noch junges Forschungsgebiet. In der vorliegenden Literaturarbeit werden ausschliesslich primärdatenbasierte Forschungsartikel bearbeitet, daher befinden sich alle neun Studien sowie der Fachartikel auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009). Von den zehn eingeschlossenen Studien besitzen sieben ein qualitatives und zwei ein quantitatives Forschungsdesign. Zusätzlich wird für die zweite Forschungsfrage ein Fachartikel hinzugezogen. Die Filterung der Studien ist im Flussdiagramm in Kapitel 3.4 unter Grafik 1 dargestellt.

4.4 Kritische Würdigung der Studien

Nachfolgend werden die ausgewählten qualitativen Studien nach den Gütekriterien Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit von Lincoln und Guba (1985) und die quantitativen Studien nach den Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität von Bartholomeyczik, Linhart, Mayer und Meyer (2008) gewürdigt. Zum Schluss wird der Fachartikel auf seine Expertise gewürdigt.

4.4.1 Würdigung der qualitativen Studien

Alle Studien führen, basierend auf vorhandener Literatur, eingehend in die Thematik der Essstörungen und den damit verbundenen Auswirkungen auf das familiäre System ein. Es wird ersichtlich, wie wichtig die Beachtung der Eltern während der Therapie ihres Kindes für den Genesungsprozess der Jugendlichen sein kann. Somit wird eine pflegerelevante Thematik angesprochen. Jede Studie nennt ein klares Forschungsziel, woraus sich die Forschungsfragen ableiten lassen. Mit wenigen Ausnahmen machen alle Studien den Forschungsprozess nachvollziehbar und stellen ihn transparent dar, was für deren Glaubwürdigkeit spricht. Alle Studien weisen ein qualitativ beschreibendes Forschungsdesign auf

und erheben die Daten mittels halbstrukturierter Interviews. In allen Studien wird ein selektives Sampling durchgeführt: Es werden Eltern für die Studie gewonnen, deren Kind in einer Behandlung wegen einer Essstörung ist oder war und die Eltern somit die Krankheit miterleben oder miterlebt haben. Durch das selektive Sampling entsteht eine Limitation, welche die meisten Forscherinnen und Forscher der Studien selbst diskutieren und offen darlegen: Die Ergebnisse könnten durch die freiwillige Teilnahme an der Studie sowie dadurch, dass viele Eltern bereits in einer Selbsthilfegruppe sind, beeinflusst sein. Dies aus dem Grund, dass es sich um eine Stichprobe handelt, die bereit ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen und offen gegenüber Unterstützungsangeboten ist. Die Stichprobengröße ist bei allen Studien eher klein, was dem qualitativen Design entspricht und deshalb trotzdem repräsentativ ist. Die Ergebnisse lassen sich auf Eltern der ersten Welt mit ähnlichen Gesundheitssystemen übertragen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie das Setting werden in den meisten Studien detailliert beschrieben. Die methodologische Reflexion findet in einzelnen Studien statt, wie zum Beispiel in derjenigen von Tierney (2005), wo die Stichprobenwahl begründet wird.

Die Studien von Bezance und Holliday (2014) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) weisen ein phänomenologisches Studiendesign auf. Die Datenerhebung erfolgt mittels halbstrukturierter Interviews, welche mit der interpretativen phänomenologischen Analyse anhand der sechs Schritte von Smith und Osborn (2003) analysiert werden. Die Analyse zielt auf das Verständnis des Erlebens der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab und entspricht somit dem gewählten Studiendesign. Diese Vorgehensweise der Datenerhebung wird detailliert beschrieben und gewährleistet den Rigor, wobei im Vergleich deutlich wird, dass die Studie von Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) die Datenerhebung sowie die Datenanalyse präziser beschreibt als die Studie von Bezance und Holliday (2014). Die Übertragbarkeit und Glaubwürdigkeit wird in letztgenannter Studie durch Hintergrundinformationen der Forscherinnen und Forscher und einem Forschungstagebuch gewährleistet und in erstgenannter Studie durch eine doppelte Analyse von unterschiedlichen Forscherinnen und Forschern, um eine mögliche persönliche Interpretation der jeweiligen forschenden Personen zu minimieren. Die Studie von Bezance und Holliday (2014) macht keine Angaben zur Stichprobenziehung, jedoch werden Einschlusskriterien der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer genannt.

Die Studien von Whitney et al. (2005) sowie McCormack und McCann (2015) beziehen sich auf die Grounded Theory Methode: Die Datenerhebung erfolgt mittels halbstrukturierter Interviews. Diese werden kodiert und konstant verglichen, bis keine neuen Kategorien mehr gebildet werden, was zu diesem Design passt (Corbin & Strauss, 1996). Die Zuverlässigkeit und somit die Bestätigung der Ergebnisse werden in beiden Studien durch externe Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sichergestellt. Der Forschungsprozess wird dokumentiert, was einen Rigor demonstriert und ebenfalls zur Zuverlässigkeit beiträgt. Die Studie von Whitney et al. (2005) weist mit 40 Probanden eine für das gewählte Design angemessene Stichprobengrösse auf (Corbin & Strauss, 1996). Das Sampling der Studie von McCormack und McCann (2015) wird oberflächlich beschrieben. Die Studie von Hillege, Beale und McMaster (2006) verwendet die „content analysis“, also eine qualitative Inhaltsanalyse nach Berg (1989). Die Forscherinnen stellen die Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit durch Gegenlesen der Kategorisierungen, bis ein allgemeiner Konsens erreicht wird, sicher. Die Datensättigung wird diskutiert. In der Studie von McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) wird der Forschungsprozess nur knapp beschrieben, was eine kritische Würdigung nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) nur teilweise zulässt. Es wird kein Design genannt, die Daten werden jedoch ebenfalls durch halbstrukturierte Interviews erhoben, transkribiert, codiert und gegengelesen, was auf eine qualitative Inhaltsanalyse schliessen lässt. Die Datensättigung, die Stichprobenziehung sowie -grösse werden nicht diskutiert.

Die Studie von Tierney (2005) lässt sich keinem eindeutigen Design zuteilen. Die halbstrukturierten Interviews werden transkribiert und codiert. Die Datensättigung wird diskutiert. Um die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten werden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Transkripte zum Gegenlesen gesendet, um eine Abgleichung vorzunehmen. Zusätzlich wird dieser Vorgang durch eine externe Forscherin begleitet. Die Glaubwürdigkeit wird weiter mittels kurzer Biographie der Forscherin, die selbst an Anorexia nervosa erkrankt war, diskutiert. Die Teilnehmerzahl ist widersprüchlich, es ist von zwei verschiedenen Teilnehmerzahlen die Rede, ohne eine Erklärung über einen allfälligen Teilnehmerausschluss von Seiten der Forscherin. Dies reduziert die Zuverlässigkeit.

Bis auf die Studie von Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) sind ethisch relevante Fragen diskutiert und durch eine Ethikkommission abgenommen. Alle Ergebnisse der Studien werden nebst Paraphrasen mit direkten Zitaten präsentiert, was die Übertragbar-

keit der Resultate erhöht. Ausserdem sind die Ergebnisse anschaulich und detailliert dargestellt, was weiterer Forschung zum Thema dienen kann. Die Kategorien der einzelnen Studien sind logisch, jedoch oft inhaltlich überschneidend. Einige Studien weisen Implementierungen in die Praxis auf, zum Teil speziell für die Pflege, aber auch für weitere Gesundheitsfachpersonen (McCormack & McCann, 2015; Hillege, Beale & McMaster, 2006; Whitney et al., 2005; McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). In den Studien von Bezance und Holliday (2014) sowie Tierney (2005) wird die Relevanz der Ergebnisse für die Pflege nicht diskutiert.

4.4.2 Würdigung der quantitativen Studien

Die quantitativen Studien von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) sowie Carlton und Pyle (2007) präsentieren sich differenziert und können trotz einiger Mängel für die Betrachtung der entsprechenden Forschungsfrage beigezogen werden. Beide Studien beantworten wichtige Fragen für die Berufspraxis, da bisher wenig oder gar nichts über mögliche pflegerische Interventionen für die Unterstützung von Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa beziehungsweise einer Essstörung bekannt ist. Die Forschungsfragen werden in beiden Studien detailliert beschrieben und in der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) mit Hypothesen ergänzt. Das Thema wird ausführlich mittels vorhandener Literatur und bereits durchgeführten Studien eingeleitet. Das quasi-experimentelle, quantitative Prä-post-Design der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) ist für die Fragestellung gut gewählt, da so die Veränderungen vor und nach einer Intervention erkennbar sind. Ebenfalls ist das Design der retrospektiven Fallkontrollstudie von Carlton und Pyle (2007) angebracht. Passend zu den gewählten Designs weisen beide Studie keinen randomisierten Selektionsprozess vor, weshalb ein Selektionsbias vorhanden sein kann, was wiederum die interne und daraus resultierend auch die externe Validität gefährden kann. Bei der Generalisierung der Resultate sollte beachtet werden, dass die Eigenschaften der Stichprobe beider Studien sich von denen der allgemeinen Population bezüglich Empfänglichkeit gegenüber neuen Hilfestellungen unterscheiden kann. Da es sich um ein junges Forschungsgebiet handelt, gibt es kaum Erfahrungswerte und es werden keine Sample Size Calculations durchgeführt. Die Stichprobengrösse der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) ist mit 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmern eher tief, was die Repräsentativität schmälert. Dropouts fallen damit stärker ins Gewicht, werden jedoch angegeben und begründet. In der Studie von Carlton und Pyle

(2007) ist die Stichprobe deutlich grösser und die Repräsentativität dadurch höher. Die Datenerhebung beider Studien ist nachvollziehbar, da mittels Fragebogen die individuellen Veränderungen vor und nach Intervention erfragt werden. Die einzelnen Subskalen der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) werden mit dem Cronbach's Alpha Koeffizient auf ihre Reliabilität eingestuft. Die Verfahren für die Datenanalyse sind genau beschrieben: Es wird ein abhängiger Sample t-Test durchgeführt, was ein Vergleich von zwei Zuständen zulässt. In der Studie von Carlton und Pyle (2007) wird ein Zweistichproben t-Test durchgeführt mit den Mittelwerten der voneinander unabhängigen Stichproben der Fall- und Kontrollgruppe. Die Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) wird ethisch abgesegnet und die Studie Carlton und Pyle (2007) belegt die Unabhängigkeit der Forscherinnen. Die Ergebnisse der Studie von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) werden übersichtlich in Tabellen nach APA 6th edition dargestellt. In der Diskussion beider Studien werden alle Resultate diskutiert und die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein. Die Hypothesen von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) werden konkret beantwortet und die Ergebnisse, welche keine signifikanten Unterschiede aufweisen, werden logisch begründet.

4.4.3 Würdigung des Fachartikels

Als ergänzende Quelle wird für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage ein Fachartikel zu einem Praxisqualitätsentwicklungsprojekt des Universitätsklinikums Aachen hinzugezogen. Die Ärzte, die dieses Projekt durchgeführt haben, sitzen in der Direktion des Universitätsklinikums Aachen, eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) weisen langjährige Forschungserfahrung auf und wurden bereits mit mehreren renommierten Deutschen Medizinerpreisen ausgezeichnet. Dies lässt auf eine hohe Expertise schließen, weshalb der Fachartikel für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage hinzugezogen wird. Die Thematik wird mittels vorhandener Literatur eingeführt und Begriffe genau erklärt. Das Ziel der Untersuchung ist explizit genannt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind Eltern, deren Kinder wegen einer Essstörung in der Klinik in Behandlung sind und die an der Untersuchung teilnehmen wollen. Wie bei den oben gewürdigten quantitativen Studien kann es dadurch auch hier zu einem selektiven Bias kommen, was die interne und daraus resultierend auch die externe Validität gefährden kann. Eltern, die an der Intervention mitmachen, sind solche, die wahrscheinlich eine höhere Bereitschaft für eine

externe Hilfestellung haben, als diejenigen, die vom Angebot keinen Gebrauch machen wollen. Diese Eigenschaft muss bei der Übertragung der Resultate auf andere Populationen in Betracht gezogen werden. Da der Fachartikel von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) kein Methodenteil aufweist, findet keine methodologische Reflexion statt, weshalb nicht auf die Reliabilität der Resultate geschlossen werden kann. Allerdings wird der systematische Vorgang der Untersuchung sowie der Datenerhebung transparent gemacht, was der Vertrauenswürdigkeit dient. Die Datensättigung wird von den Untersuchenden diskutiert. Der Fachartikel von Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) gewährleistet die Selbstbestimmung sowie die Anonymität der teilnehmenden Eltern. Letzteres verhindert dafür eine Aussage zu potenziellen geschlechterspezifischen Unterschieden. Die Hypothesen der Untersuchenden können beantwortet werden und die Aussagen stimmen mit den dargestellten Ergebnissen überein. Mögliche Limitationen der Untersuchung werden transparent genannt und mögliche Verbesserungen oder Erweiterungen der Intervention vorgeschlagen.

5 Synthese der Ergebnisse

Die aus den Studien herausgearbeiteten Ergebnisse, welche in Kapitel 4 strukturiert gebündelt sind, werden im folgenden Abschnitt anhand des Calgary Familien Modells von Wright und Leahey (2014) reflektiert. Das CFM bietet einen handlungsbegleiteten Rahmen, wie man den elterlichen Bedürfnissen begegnen und die Interventionen umsetzen kann. Dadurch wird eine Basis für einen Theorie-Praxis-Transfer geschaffen. Der Aufbau des Kapitels organisiert sich an den vier Phasen eines Familienkontaktes des CFM: Beziehungsaufbau, Assessment, Interventionen und Abschluss der Beziehung.

5.1 Beziehungsaufbau

Die im CFM beschriebenen Grundhaltungen „Familie als System verstehen“, „Familien sind die Experten für ihre eigene Situation“, „Engagierte Neutralität“ und „Allparteilichkeit“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S. 14) sind die Basis für den Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patientinnen und Patienten mit ihrem Familiensystem. Aus dem Ergebnisteil dieser Literaturarbeit geht hervor, dass sich viele Eltern im Umgang mit dem Gesundheitspersonal stigmatisiert fühlen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004), was für einen Beziehungsaufbau hinderlich ist. Eine abweisende, respektlose Haltung, vor allem durch erstversorgende Hausärzte, beeinflusst den Beziehungsaufbau zum Gesundheitspersonal negativ (McCormack & McCann, 2015; Hillege, Beale & McMaster, 2006; McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Tierney, 2005; Bezance & Holliday, 2014). Dabei wäre eine auf engagierte Neutralität aufbauende, allparteiliche Haltung von allen Gesundheitsfachpersonen unverzichtbar (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Durch den fehlenden Beziehungsaufbau ziehen sich Eltern zurück und es kann wie in den Studien von McCormack und McCann (2015), Hillege, Beale und McMaster (2006) sowie Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) zu sozialer Isolation kommen. Eltern von Kindern mit Anorexia nervosa sind auf einen vertrauensvollen Umgang mit Gesundheitsfachpersonen angewiesen (Tierney, 2005). Ohne einen gelungenen Beziehungsaufbau kann ein folgendes Assessment nicht gleich wirkungsvoll relevante Informationen herausarbeiten. Diese sind jedoch dringend notwendig, um bedürfnisorientierte Interventionen zu gestalten. Deshalb gilt es, alles daran zu setzen, damit ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau gelingen kann. Dazu werden also bereits Interventionen, wie zum Beispiel die oben erwähnte Allparteilichkeit sowie zusätzlich die Wertschätzung, ein familienzentriertes Gespräch oder das aktive Zuhören gebraucht (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012).

5.2 Assessment

Mit dem Wissen, dass die ganze Familie von Anfang an von der Essstörung mitbetroffen ist (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005; Bezance & Holliday, 2014; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004) sollte die ganze Familie als System verstanden und von Beginn an kontinuierlich mit einbezogen werden, nicht nur bei Bedarf (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Eltern beschreiben zum Teil das Gefühl, sich während der laufenden stationären Behandlung durch das Gesundheitspersonal ausgeschlossen zu fühlen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Tierney, 2005), demnach hat bei diesen Eltern kein kontinuierlicher Einbezug in die Behandlung stattgefunden. Als Hilfestellung kann das Geno-, Öko- und Beziehungsdiagramm zur Darstellung der Familiensituation beigezogen werden (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Der in der Studie von Hillege, Beale und McMaster (2006) erwähnte, potenzielle Zerfall der Familienstruktur kann so frühzeitig erkannt werden. Zusätzlich werden mit dem Erfassen der Struktur des CFAM die Ressourcen der Familie sichtbar und es wird eine Vereinfachung des Informationsflusses ermöglicht (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Damit wird das zentrale Bedürfnis der Eltern nach Information erfasst (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004).

Die Entwicklungsebene des CFAM bietet sich an, das Stadium des Lebenszyklus der Patientinnen und Patienten zu eruieren. Die in der Literaturarbeit beschriebenen Kinder mit Anorexia nervosa befinden sich im Stadium der Adoleszenz und somit in einer besonderen Phase des Lebenszyklus, in der zum Beispiel die emotionale Unabhängigkeit von Eltern und anderen Erwachsenen von Bedeutung sein kann (Havighurst, 1948). Durch die Krankheit können sich diese Entwicklungsprozesse verändern, die Eltern erfahren dabei eine enorme Abhängigkeit ihrer Kinder (Whitney et al., 2005). Pflegefachpersonen sind gefordert, solche Situation zu erfassen (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Eine ernsthafte Erkrankung kann jedoch eine Familie auch näher zusammenbringen, was in der Studie von Hillege, Beale und McMaster (2006) bestätigt wird. Mit dem funktionellen Assessment des CFAM wird der Einfluss der Krankheit auf das Alltags- und Symptommanagement festgehalten. Vor allem die Mahlzeiten, das Kochen sowie alle Themen rund um das Essen werden als belastend erlebt und vermieden (McCormack & McCann, 2015; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004). Erwähnt werden auch partnerschaftliche Beziehung und persönliche Bedürfnisse der Eltern, welche in den Hintergrund rücken (McCor-

mack & McCann, 2015; Bezance & Holliday, 2014; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004) und Auswirkungen auf die Finanzen der Familie (McCormack & McCann, 2015; Hillege, Beale & McMaster, 2006). Mit dem Erfassen dieser Einflüsse auf den Alltag, kann die Pflegefachperson den individuellen Interventionsbedarf einschätzen (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012).

5.3 Interventionen

Um als Familie den Weg zurück zu einem Alltag zu finden, muss das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Krankheit überwunden werden. Dies kann durch eine bedürfnisorientierte Unterstützung gelingen (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012). Das CFIM beschreibt mehrere spezifische Interventionen mit ihren Auswirkungen, unter anderem das Anbieten von Informationen. Diese Intervention wird von Carlton und Pyle (2007), Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) und Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) im Rahmen einer Psychoedukation durchgeführt. Diese bringt den gewünschten Nutzen, dass die Eltern der Adoleszenten mit Anorexia nervosa sich besser informiert und gleichzeitig in den Behandlungsprozess integriert fühlen. Von Preusse-Bleuler und Métrailler (2012) ist bekannt, dass sich Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen dadurch effizienter selbst unterstützen können. Eine weitere Intervention, welche im CFIM beschrieben wird, ist das Aufzeigen und Anerkennen von Stärken der Familie. Dies greifen Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011) in ihrer Psychoedukation explizit auf: Ein Fokus in der dritten Phase der von ihnen durchgeführten Psychoedukation ist die Wertschätzung der Stärken der Familien. „Wenn die Fähigkeiten, Resilienz und Stärken von Familien anerkannt werden und wenn ihnen ein anderes Selbstbild vermittelt wird, dann wird ein Kontext für Veränderungen geschaffen, der Familien in die Lage versetzt, eigene Lösungen für ihre Probleme zu finden und Heilung zu fördern.“ (Wright & Leahey, 2014, S. 168). Weiter nennen Wright und Leahey (2014) die Bedeutung einer kontinuierlichen Unterstützung der Familie. Dies wird bei allen Interventionsstudien durch ein kontinuierliches Begleitprogramm sowie den Ausblick auf Unterstützung nach dem stationären Aufenthalt aufgenommen (Carlton & Pyle, 2007; Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011; Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003). Das Interventionsmodell von Wright und Leahey (2014) sieht die Ermutigung, pflegende Angehörige ihre „Krankheitsgeschichte“ erzählen zu lassen als Pflegeintervention. Dabei spielt das aktive Zuhören eine wichtige Rolle und ist Bestandteil der Psychoedukation der Studie von Gísladóttir und

Svavarsdóttir (2011). In der Studie von Carlton und Pyle (2007) wird als Intervention eine wöchentliche Selbsthilfegruppensitzung für betroffene Eltern angeboten. Die Eltern der Studie schätzen dieses Angebot, welches ihnen die Möglichkeit gibt, über ihre Anliegen zu sprechen. In mehreren Erlebnisstudien wird als ein zentrales Bedürfnis der Austausch mit anderen Betroffenen erwähnt. In den Studien von Carlton und Pyle (2007) und Hagenah, Blume, Flacke-Redanz und Herpertz-Dahlmann (2003) wird ein gemeinsames Essen mit einer Pflegefachperson als eine spezifische Hilfestellung der Eltern durchgeführt. Diese Unterstützung für die Familie, eine Pflegeaufgabe zu übernehmen, wird ebenfalls als eine Intervention des CFIM von Wright und Leahey (2014) beschrieben.

Im CFIM werden viele weitere Interventionen beschrieben, welche in den Interventionsstudien nicht aufgegriffen werden und doch eine zentrale Bedeutung für eine bestmögliche Betreuung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen haben können. Zum Beispiel können einfache, interventionsorientierte Fragen positive Veränderungen für eine betroffene Familie herbeiführen. Weiter können Energien innerhalb der Familie durch von Pflegefachpersonen empfohlene Erholungszeiten aufgetankt oder durch Entwickeln von neuen oder vergessenen Familienroutinen Klarheit in das Familiensystem gebracht werden (Wright & Leahey 2014). Aus Platzgründen wird nicht auf weitere Interventionen eingegangen.

5.4 Abschluss der Beziehung

In den Interventionsstudien wird wenig über den Abschluss der Behandlung und des Familienkontaktes geschrieben. In der Studie von Carlton und Pyle (2007) wird ein routinemässiges Austrittsgespräch erwähnt, in welchem ein Behandlungsplan für Zuhause, ein Menüplan sowie ein medizinisch und psychiatrischer Nachbehandlungsplan erstellt werden. Gemäss Wright und Leahey (2014) ist jedoch mit Abschluss der Beziehung nicht die in der Pflege übliche Austrittsplanung gemeint. „Vielmehr werden die Elemente aus der Familienzentrierten Pflege beschrieben, mit welchen die bekannten Austrittsmassnahmen erweitert werden können.“ (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012, S.68). In den anderen Studien wird der Familienkontakt mit einer kurzen Reflexion der durchgeführten Massnahmen abgeschlossen. Wright und Leahey (2014) empfehlen eine bewusste Gestaltung der letzten Phase. Dieser Abschluss kann anhand der im theoretischen Hintergrund erwähnten fünf Phasen des Abschlusses des Familienkontaktes durchgeführt werden.

6 Diskussion

Nachfolgend werden die Fragestellung vorliegender Literaturlarbeit beantwortet und die Ergebnisse inhaltlich diskutiert und interpretiert. Weiter werden von Forscherinnen und Forschern vorgeschlagene Interventionen der Erlebnisstudien hinzugezogen und es wird auf Limitationen dieser Arbeit eingegangen. Zum Schluss wird ein Hinweis für einen Praxis-Theorie-Transfer für die Implementierung der Ergebnisse in die Pflege gemacht.

6.1 Inhaltliche Diskussion der Ergebnisse

Unter Berücksichtigung der erarbeiteten, theoretischen Aspekte und der Forschungsliteratur wird nun die Fragestellung vorliegender Literaturlarbeit, welche in zwei Forschungsfragen unterteilt ist, beantwortet. Anhand der untersuchten Studien wird deutlich, dass Eltern die Zeit, in welcher ihr adoleszentes Kind an Anorexia nervosa erkrankt ist, als belastend erleben. Die Übereinstimmung der in den bearbeiteten Studien beschriebenen Erlebnisse ist gross, sodass sieben Hauptthemen, welche die Eltern beschäftigen, zusammengefasst werden konnten: „Das Familienleben steht Kopf“, „Stigmatisierung“, „Alleine gelassen fühlen“, „Schuldgefühle und Machtlosigkeit“, „Wissenslücken“, „Zukunftsängste“ und „Positive Aspekte“. Eltern haben klare Bedürfnisse, welche in den Studien wiederholt erwähnt werden. So sind dies das Bedürfnis nach „Information“, „Einbezug in die Therapie“, „Austauschmöglichkeiten“ sowie „Familientherapie“. Für die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage konnten nur zwei Studien und ein Fachartikel gefunden werden. Die darin untersuchten Interventionen decken sich grossteils mit den Bedürfnissen der Erlebnisstudien. Die Studien sowie der Fachartikel zeigen verschiedene Interventionen für Gesundheitsfachpersonen auf, mit welchen Eltern von Adoleszenten unterstützt werden können. In den Interventionsstudien konnte ein positiver Effekt der Psychoedukation für die Angehörigen, der Wirkung von Selbsthilfegruppen sowie des aktiven Einbezugs in die Therapie festgestellt werden. Allerdings beschreiben nur wenige Studien diese Massnahmen als explizite Pflegeinterventionen, weshalb die zweite Forschungsfrage durch die Studienanalyse nur zum Teil beantwortet werden kann. Laut Expertise der Autorinnen dieser Literaturlarbeit sind Pflegefachpersonen jedoch geeignet, um diese Interventionen durchzuführen, wodurch die Forschungsfrage so ergänzend beantwortet werden kann. Pflegefachpersonen sind während eines stationären Aufenthaltes für den Bereich der Alltagsgestaltung und des Wohnbereiches der Patientinnen und Patienten zuständig, diese Aufgabenbereiche sind dem Alltag der Eltern nahe. Aus diesem Grund sollte die Pflegefachperson

die Aufgabe der Patientenedukation sowie der Angehörigenbegleitung mitgestalten. Auch die Amerikanische Pflegeforscherin Laurel Northouse (2017) unterstreicht die Meinung, dass Pflegefachpersonen gut vorbereitet sind, um pflegende Angehörige zu unterstützen, da sie mehr Zeit mit pflegenden Angehörigen verbringen, als jede andere Gesundheitsfachperson. Eine interprofessionelle Zusammenarbeit für die Unterstützung der Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa ist dennoch wichtig. Dies lässt sich auch aus den Studien lesen, da sie oft von „Services“, oder „Health professionals“ schreiben, was von den Verfasserinnen dieser Arbeit mit „Gesundheitsfachpersonen“ übersetzt wird und somit im interprofessionellen Kontext verstanden werden kann.

Nach der Analyse der Studien ist die elterliche Not ersichtlich. Vom Gesundheitspersonal werden sie gemäss ihren eigenen Aussagen zwar als Angehörige der Betroffenen, jedoch nicht als Mitbetroffene der Auswirkungen der Krankheit angesehen. Die Relevanz der familienzentrierten Pflege wird so deutlich. Auch Northouse (2017) weist auf die Bedeutung des Einbezuges der Angehörigen hin. Sie stellt Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie die Pflegefachperson als eine „Pflegeeinheit“ dar. Mit dem CFM als Instrument kann eine umfassende Betreuung der betroffenen Familie als System gewährleistet werden (Wright & Leahey, 2014). Mit den Interventionen des CFIM können Familienmitglieder individuell unterstützt werden. Bei der psychischen Krankheit Anorexia Nervosa bestehen noch grosse Forschungslücken bezüglich Interventionen von Eltern von betroffenen Adoleszenten. Die in den Erlebnisstudien erforschten Erlebnisse und Bedürfnisse von Eltern sind nur ansatzweise mit Interventionsstudien abgedeckt. Aufgrund der Relevanz der Thematik besteht ein grosser Forschungsbedarf nach Interventionsstudien für Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa. Dieser Bedarf wird auch durch die Forscherinnen und Forscher der Erlebnisstudien in ihrer Diskussion erkannt, worauf sie Vorschläge für weiterführende Forschung machen. Dies wird im folgenden Kapitel ersichtlich gemacht.

6.2 Von Forschern diskutierte Interventionen

Die Forscherinnen und Forscher der Studien der ersten Forschungsfrage schlagen in ihren Diskussionen verschiedene Interventionen vor, welche sie hinsichtlich ihrer Ergebnisse bezüglich des Erlebens und der Bedürfnisse als sinnvoll für eine weitere Untersuchung betrachten. Diese von Forscherinnen und Forschern diskutierten Interventionsvorschläge überschneiden sich teils mit den bereits durchgeführten Interventionsstudien. Dadurch

wird deren Relevanz bestärkt. Weiter werden Vorschläge für Interventionen gemacht, die noch in keiner Interventionsstudie untersucht wurden. Somit stellen diese Vorschläge eine Ergänzung für die Diskussion dieser Arbeit dar und werden folglich kurz zusammengefasst.

Psychoedukation durch Pflegefachpersonen

Laut der Studie von McCormack und McCann (2015) und McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) sind in diesem Bereich erfahrene Psychiatriepflegefachpersonen in der geeigneten Rolle, um betroffenen Eltern die nötige Unterstützung im Umgang mit Adoleszenten mit Anorexia nervosa zu bieten. Sie verfügen über das nötige Wissen dazu und besitzen die relevanten psychoedukativen Fähigkeiten. McCormack und McCann (2015) und Whitney et al. (2005) schlagen vor, spezifische Workshops geleitet durch Pflegefachpersonen oder Gesundheitsfachpersonen anzubieten, in welchen über das Krankheitsbild informiert wird sowie Problemlösungs-, Coping- und Kommunikationsstrategien vermittelt werden. Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) unterstützen die Aussage, dass das Gesundheitspersonal für die Aufklärung über die Krankheit zuständig ist. Diese psychosoziale Unterstützung kann Stresssituationen der Eltern mindern, das Selbstvertrauen fördern sowie die Eltern in der Unterstützung ihrer Kinder bestärken (McCormack & McCann, 2015; Whitney et al., 2005).

Eltern als wichtige Ressource erkennen

Laut Hillege, Beale und McMaster (2006), McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) sowie Bezance und Holliday (2014) ist es wichtig, die Eltern als Ressource wahrzunehmen, da dies einen positiven Effekt auf das ganze Familiensystem sowie die Genesung der Betroffenen haben kann. Dazu sollten Angehörige die nötige Anerkennung durch das Gesundheitspersonal erhalten und in den Behandlungsprozess mit einbezogen werden (Hillege, Beale & McMaster, 2006; McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004; Bezance & Holliday, 2014; Cottee-Lane, Pistrang & Bryant-Waugh, 2004; Tierney, 2005).

Über Angebote für Unterstützungsnetzwerke informieren

Für Eltern stellt es sich gemäss McMaster, Beale, Hillege und Nagy (2004) und Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) als wichtig und hilfreich heraus, sich mit anderen betroffenen Eltern in Selbsthilfegruppen oder anderen Netzwerken austauschen zu können. Dieser Zugang sollte durch Pflegefachpersonen gewährleistet werden.

6.3 Limitationen

Die erste Forschungsfrage der Literaturlarbeit konzentriert sich auf das Erleben der Krankheit aus Sicht der Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa. Die zweite Forschungsfrage sucht nach Interventionen, die bedürfnisorientiert sein sollen. Daraus ergibt sich das Kerngebiet „Bedürfnisse“ als Bindeglied der ersten und zweiten Forschungsfrage. Um Überschneidungen im Ergebnisteil sowie bei der Synthese der Ergebnisse in das CFM zu vermeiden, wurde versucht, diese Themen gestalterisch unabhängig darzustellen. Dies gelingt nur begrenzt. Eine nächste Limitation stellt die Rechensprache dar. Es wurde nur nach Studien in Englisch oder Deutsch gesucht, alle anderen Sprachen wurden ausgeschlossen. Ebenfalls eine mögliche Limitation stellt die Zusammensetzung der meisten Studienstichproben dar. Befragte Mütter sind in den meisten Studien gegenüber Vätern übervertreten, was die Aussage von Eltern als Einheit aus Vater und Mutter einseitig macht. In einigen Studien wird erwähnt, dass Mütter und Väter unterschiedliche Aussagen bezüglich des Erlebens der Krankheit Anorexia nervosa machen, wie zum Beispiel in den Studien von Bezance und Holliday (2014) sowie Hillege, Beale und McMaster (2006). Diese Ungleichheit wird in der Studie Cottee-Lane, Pistrang und Bryant-Waugh (2004) mit dem traditionellen Familienmodell begründet, in welchem der Vater eher berufstätig ist, während die Mutter sich um die Kinder kümmert. Ebenfalls überpräsentiert in den Studien sind die an Anorexia nervosa erkrankten Töchter. Die vorliegende Arbeit schliesst betroffene Söhne nicht aus, dennoch sind sie in den Studien untervertreten. Dies lässt sich mit der Epidemiologie, dass mehr Frauen als Männer an Anorexia nervosa erkranken, erklären. Nur in wenigen Studien, wie zum Beispiel in derjenigen von Gísladóttir und Svavarsdóttir (2011), werden explizite Interventionen für die Pflege beschrieben. In den meisten anderen Studien schreiben die Forscherinnen und Forscher im Resultate- oder Diskussionsteil ihrer jeweiligen Studie von Interventionen für alle Gesundheitsfachpersonen. Diese definieren sie im Englischen mit „Services“, was eine direkte Übersetzung ins Deutsche erschwert. Dennoch diskutieren sie für die Pflege relevante Ergebnisse, welche sich gemäss der Expertise der Autorinnen dieser Literaturlarbeit ableiten lassen. Die vorliegende Literaturlarbeit befasst sich mit einem relativ jungen Forschungsgebiet, es sind daher noch keine systematischen Reviews vorhanden. Die Evidenz aller einbezogenen Studien befindet sich deshalb auf dem untersten Level der 6S Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009). Die Aussagen sind noch wenig erhärtet, was für die aktuelle Relevanz der vorliegenden Thematik spricht. Wie bereits im Methodenteil erwähnt, wurden

die Ein- und Ausschlusskriterien im Verlauf der Recherche aufgrund des schmalen Forschungsstandes gelockert. Daher werden zum Beispiel auch Studien, welche das Erleben der Eltern beziehungsweise die Interventionen für Eltern von Adoleszenten mit anderen Essstörungen untersuchen, eingeschlossen. Auch werden Studien, welche sich allgemein auf das Erleben der Krankheit und nicht nur spezifisch auf das Erleben während eines stationären Aufenthaltes fokussieren, einbezogen. Unter Berücksichtigung der Allparteilichkeit nach Wright und Leahey (2014) sowie der Differenziertheit der Autorinnen dieser Arbeit lassen sich diese Aussagen auf das Krankheitsbild Anorexia nervosa übertragen. Das Erleben kann zwar unterschiedlich sein, die Interventionen können jedoch bei allen Essstörungen angewendet werden. Diese Literaturarbeit ist kein systematisches Review. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit der relevanten Literatur zur Thematik erhoben.

6.4 Praxistransfer

Die Erkenntnisse dieser Literaturarbeit sind wichtig, um im Pflegealltag mit Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa und ihren Eltern zu arbeiten. Für eine Umsetzung der Unterstützungsinterventionen in die Praxis müssen laut Autorinnen dieser Arbeit verschiedene Punkte beachtet werden:

Grundhaltung

Um Eltern von Patientinnen und Patienten mit dieser komplexen, psychischen Krankheit auf professioneller Ebene zu begegnen, sollten sich Pflegefachpersonen ihrer Haltung bewusst sein. Diese sollte von einer wohlwollenden Neugier (Wright & Leahey 2014) sowie von Neutralität und Allparteilichkeit gegenüber allen Familienmitgliedern geprägt sein (Preusse-Bleuler & Métrailler, 2012).

Wissen

Um Eltern von Patientinnen und Patienten mit dieser komplexen, psychischen Krankheit auf professioneller Ebene zu begegnen, sollten sich Pflegefachpersonen bewusst sein, dass Eltern in die Behandlung einbezogen und ernst genommen werden wollen (McMaster, Beale, Hillege & Nagy, 2004 und Tierney, 2005). Dazu braucht es das vertiefte Wissen, wie Eltern die Situation erleben und welche Bedürfnisse sie an die Betreuung durch die Gesundheitsfachpersonen haben können. Des Weiteren ist das Wissen über mögliche wirkungsvolle Interventionen unabdingbar.

Umsetzung

Um Eltern von Patientinnen und Patienten mit dieser komplexen, psychischen Krankheit auf professioneller Ebene zu begegnen, braucht es eine Anleitung für die Umsetzung im Berufsalltag der Pflegefachperson. Diese Anleitung mit konkreten Interventionen kann mittels Anlehnung an das CFM als handlungsgeleiteten Rahmen einheitlich in die Praxis umgesetzt werden. Somit besteht eine Basis, um den Erlebnissen und Bedürfnissen der Eltern in der Praxis gerecht werden zu können.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen. (2016). Magersucht oder Anorexie (Anorexia nervosa). Heruntergeladen von <http://www.aes.ch/essstoerungen/magersucht.html> am 12.08.2016
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Meyer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung, Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Berg, B. (1989). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bezance, J. & Holliday, J. (2014). Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Eating disorders*, 22(5), 386-404. doi:10.1080/10640266.2014.925760
- Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*, 24(04), 859-867.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Elsevier, Urban & Fischer Verlag.
- Carlton, P. & Pyle, R. (2007). A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise specified. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 11(1), 9-15. doi:10.1080/13651500600810968
- Corbin, J & Strauss, A. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. (o.O.): Beltz Verlag.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N. & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European eating disorders review*, 12(3), 169-177. doi:10.1002/erv.560
- Dermota, P., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Schnyder, U. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz*. UniversitätsSpital Zürich, Universität Zürich.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence based nursing*, 12(4), 99-101.

- Gísladóttir, M. & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(2), 122-130.
doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x
- Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(1), 51-58.
- Havighurst, R. J. (1948). *Developmental tasks and education*. (o.O.): (o.H.)
- Herzpetz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S. (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Hillege, S., Beale, B. & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022.
doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x
- Hölling, H. & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes-und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5), 794-799.
doi:10.1007/s00103-007-0242-6
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., Tabacco, A. & Hanson, S. M. H. (2014). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3), 142.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.
- Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. & Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short-and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632-639.
- McCormack, C. & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 143-147.
doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International journal of mental health nursing*, 13(1), 67-73.

- Meyer, K., Ed. (2009). *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums Bern*. Bern: Hans Huber.
- Milos, G. F., Spindler, A. M., Buddeberg, C. & Cramer, A. (2003). Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 72(5), 276-285.
- Northouse, L. (2017). *Pflegende Angehörige bei der Bewältigung der Auswirkungen einer Krebserkrankung unterstützen*. Schweizer Onkologiepflege Kongress, 23. 03. 2017, Bern.
- Preusse-Bleuler, B. & Métrailler, M. (2012). *Familienzentrierte Pflege. Handbuch zum Film*. Bern.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW. Winterthur.
- Salette, H. (1994). Support for parents with anorexic children. *The Canadian nurse*, 90(2), 40-44.
- Smith, J. A. & Osborn, M. (2003). *Interpretative phenomenological analysis*. In J. Smith (Ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*. London, UK: Sage Publications.
- Spindler, A. & Milos G. (2007). Links between eating disorder symptom severity and psychiatric comorbidity. *Eating Behaviors*, 8(3), 364-373.
- Steinhausen, H. C. (2005). *Anorexia nervosa - Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of the views of parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379.
doi:10.1080/10640260591005254
- Weltgesundheitsorganisation. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F)*. Bern: Huber.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W. & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 444-449. doi:10.1192/bjp.187.5.444

World Health Organisation, (2016). Heruntergeladen von

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/ am
16.09.2016.

Wright, L. M. & Leahey, L. (2014). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-
Assessment und Interventionen*. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Keywords für die Forschungsfrage 1*, S. 9

Tabelle 2: *Keywords für die Forschungsfrage 2*, S. 9

Tabelle 3: *Ein- und Ausschlusskriterien*, S. 10

Tabelle 4: *Übersicht der Studien von Forschungsfrage 1*, S. 14

Tabelle 5: *Übersicht der Studien von Forschungsfrage 2*, S. 15

Grafikverzeichnis

Grafik 1: *Flussdiagramm zur Literaturrecherche*, S. 12

Grafik 2: *Erlebnisse von Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa*, S. 16

Grafik 3: *Bedürfnisse von Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa*, S. 22

Wortanzahl

Abstract: 200

Bachelorarbeit: 10'523

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir unseren Dank an alle aussprechen, die uns beim Schreiben dieser Arbeit unterstützt haben. Ein erster Dank gilt unserer Betreuerin Frau Preusse-Bleuler, welche uns während des gesamten Prozesses zur Seite gestanden hat. Dank ihrem grossen Fachwissen zum Thema Familienzentrierte Pflege hat sie uns stets wertvolle Inputs geben können und zu spannenden Diskussionen angeregt. Ein weiterer Dank gilt Marina Greminger, Talisa Müller und Nina Virago für das Korrekturlesen.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Literaturquellen verfasst haben.“

Winterthur, 05. Mai 2017

Amati Simona

Lehmann Natalie

Anhang

Im Anhang ist das detaillierte Rechercheprotokoll und anschliessend die AICA-Hilfsraster mit den Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien angefügt.

Detailliertes Rechercheprotokoll

Forschungsfrage 1: Wie erleben Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa die Krankheit und welche Bedürfnisse haben sie?

Datenbank	Suchsyntax /Filter / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
CINAHL	<ol style="list-style-type: none">1. Anorexia Nervosa AND parents AND experience2. Anroexia Nervosa AND parents AND adolescents3. (Parent* OR family member*) AND (adolescent* OR young people OR juvenile*) AND (need* OR want* OR experience*) AND (anorexia nervosa) NOT (bulimia nervosa)	<ol style="list-style-type: none">1. 21 Treffer, 1 davon relevant2. 81 Treffer, 3 davon relevant3. 24 Treffer, 1 davon relevant <p>Total 126 Studien</p> <p>→ Ausschluss von 1 Studien nach Lesen des Abstracts → Ausschluss von 1 Studie nach Bearbeiten Eingeschlossen: 1A, 1E, 1I</p>
Psychinfo	<ol style="list-style-type: none">1. Anorexia nervosa AND parent* AND experience AND adolescent*2. Anorexia Nervosa AND adolescents AND parents AND experience NOT bulimia nervosa3. Anorexia nervosa AND experience AND (parent* OR mother OR father) AND (want* OR need*) AND (hospital treatment OR hospital therapy)	<ol style="list-style-type: none">1. 2787 Treffer → zu viele2. 560 Treffer → zu viele3. 49 Treffer, 1 relevant <p>Total 49 Studien</p> <p>→ Nach Lesen des Abstracts ausgeschlossen: 1 Eingeschlossen: Keine</p>

Pubmed/MEDLINE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nervosa AND want* OR need* AND adolescent* AND parent* 2. Anorexia nervosa AND experience AND adolescent* AND parent* 3. Anorexia nervosa AND experience AND (parent* OR mother OR father) AND (want* OR need*) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 83 Treffer → zu viele 2. 36 Treffer, 3 davon relevant 3. 15 Treffer, 2 davon relevant <p>Total 51 Studien</p> <p>→ Nach Lesen des Abstracts ausgeschlossen: 3 Eingeschlossen: 1G, 1I</p>
Handsuche via Literaturverzeichnissen gefundener Studien / google scholar	<ol style="list-style-type: none"> 1. „Experience of parents of anorexic children“ in google scholar eingegeben 2. Aus Literaturverzeichnissen bereits gefundener Studien 	<p>Anzahl daraus resultierender, relevanter Studien: 5</p> <p>→ 2 nach Bearbeiten der Studie ausgeschlossen Eingeschlossen: 1K 1L 1M</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa: Parents' experience of recognition and deciding to seek help • Childhood onset anorexia nervosa: the experience of parents • The treatment of adolescent anorexia nervosa: a qualitative study of the views of parents

Forschungsfrage 2: Wie können die Eltern von Adoleszenten mit Anorexia nervosa während eines stationären Aufenthaltes von Pflegefachpersonen unterstützt werden?

Datenbank	Suchsyntax /Filter / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
MEDLINE/Pubmed	1. Anorexia nervosa AND parent* AND intervention* 2. Anorexia nervosa AND parent* AND support 3. Anorexia nervosa AND parent* AND intervention AND nurse 4. Anorexia nervosa AND parent* AND intervention* AND nurse	1. 82 Treffer, 1 davon relevant 2. 297 Treffer → zu viele 3. 2 Treffer, 0 davon relevant 4. 5 Treffer, 0 davon relevant Total 82 Studien → Nach Lesen des Abstracts ausgeschlossen: 1 Studie
CINAHL	1. Anorexia nervosa AND parent* AND (hospital OR clinic) 2. Anorexia nervosa AND parent* AND intervention*	1. 28 Treffer, 0 davon relevant 2. 45 Treffer, 1 davon relevant, Total 45 Studien 1 nach Bearbeiten ausgeschlossen
Psychinfo	1. Anorexia nervosa AND parent* AND intervention* 2. Anorexia nervosa AND parent* AND (support OR intervention*) AND nurse*) 3. Anorexia nervosa AND parent* AND (support OR intervention*) AND nurse* AND (hospital OR clinic)	1. 3045 Treffer → zu viele 2. 460 → zu viele 3. 333 → zu viele Total Studien: 0
Handsuche via Literaturverzeichnissen gefundener Studien / google scholar	Titel ausgewählter Studien in google scholar eingegeben "Supporting parents of anorexic children." "Intervention parents of adolescents with anorexia nervosa" „Interventionen für Eltern von Kinder / Jugendliche mit Anorexia nervosa“	Anzahl daraus resultierender, relevanter Studien: 6 3 nach Bearbeiten ausgeschlossen 3 relevante: 2H, 2D, 2C

AICA Raster

Zusammenfassung der Studie: McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 143-147. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es ist bekannt, dass Angehörige eines psychisch Kranken selbst einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt sind. Zusätzlich zu den bekannten Belastungen von Pflegenden Angehörigen, sind Eltern von Jugendlichen mit A.N. vor Herausforderungen gestellt wie Stigmata, fehlen von Information, Voreingenommenheit von Gesundheitspersonal und zu wenig psychologischen Support. Die Literatur schreibt dem Pflegepersonal die Rolle zu, dass sie die Eltern während des gesamten Krankheitsprozesses unterstützen.</p> <p>Bisher wurde wenig auf das Erleben von Eltern mit A.N. eingegangen, es besteht ein Informationsbedarf.</p>	<p>Das Ziel der Studie ist die subjektiven Erfahrungen von Eltern mit an A.N. erkrankten Jugendlichen zu untersuchen.</p> <p>Studiendesign: Qualitative beschreibender Ansatz</p> <p>Datenerhebung: Semistrukturierte Interviews mit 10 Eltern um ihre Erfahrung mit der A.N. ihres Adoleszenten zu ermitteln</p> <p>Rekrutierung & Sampling: Eltern von Patientinnen einer ambulante Klinik in Irland N=7 Mütter N=3 Väter Eltern von ländlichen sowie städtischen Gebieten.</p> <p>Teilnahmeberechtigung: Eltern von Jugendlichen mit der Diagnose A.N. Die Jugendlichen waren zum Zeitpunkt der Rekrutierung ambulant.</p> <p>Datenanalyse Für die Datenanalyse wurde die Computer Software NVivo9 verwendet. Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert. Ein erfahrener Forscher überprüfte die codierten Transkripte. Dies trägt zur Verlässlichkeit der Resultate bei.</p>	<p>Im Ergebnisteil werden die Aussagen der Forscher mittels Zitaten unterstützt. Die gesammelten Daten bündelten die Forscher in vier Hauptaussagen:</p> <p>Das Familienumfeld Eltern erzählen, dass das ganze Familienleben von der Krankheit betroffen ist. Es beginnt sich alles um die Krankheit zu drehen. Es kommt zu Kommunikationskonflikten innerhalb der Familie, welche meistens auf unterschiedlichen Meinungen der Eltern bezüglich Unterstützung und Kontrolle der Jugendlichen basieren. Es kommt zu Auseinandersetzungen/Streiten zwischen den Eltern. Ein weiteres Thema ist die Stigmatisierung der Krankheit, welche einen grossen Einfluss auf die Betroffene sowie die Eltern hat. Die Krankheit wird zum Teil nicht erwähnt in der Öffentlichkeit, im Glauben daran, dass es die Betroffenen und die ganze Familie schützt vor unnötiger Angst und Stress. Alle Eltern erzählen von grossen Schuldgefühlen dass sie nicht früher auf die Krankheit und deren Symptome aufmerksam geworden sind. Dies wird auch dem Unwissen über die Symptome und Anzeichen der Krankheit zugeschrieben.</p> <p>Psychosozialer Einfluss auf Eltern Viele Lebensbereiche der Eltern sind von der Krankheit beeinflusst inklusive deren Sozialleben, Finanzen, Erziehungsstil und persönlichen Bedürfnisse. Eltern erzählen auch von emotionaler Frustration.</p>	<p>Die Forscher ziehen Vergleiche mit bereits bestehenden Studien sowie Literatur. Anorexia nervosa ist ein breit diskutiertes Thema, es wird jedoch wenig auf das Erleben der Eltern eingegangen. Die Forscher schreiben, dass ihre Resultate stimmen mit bereits vorhandener Studien mehrheitlich überein. Es wird erwähnt, dass die Levels von Stress und Einfluss auf das Familienleben von irischen Eltern, sind mit britischen und französischen Familien vergleichbar. Weltweit ist in der Literatur die Stigmatisierung von Psychischen Krankheiten bekannt, zu diesen Erkenntnissen kommt auch die vorliegende Studie. Stets im Vergleich zu anderen Studien werden neue Erkenntnisse der vorliegenden Studie von den Forschern herausgehoben, wie z.B. die positiven Ansichten der Eltern durch die Krankheit.</p> <p>Bedeutung für psychiatrisches Pflegepersonal Die Resultate der Studien zeigen, dass das Pflegepersonal</p>

		<p>Familienmahlzeiten sind ausser Haus kaum mehr möglich, auch zu Hause ist das Essen sehr negativ belastet. Eltern vermeiden Gespräche über Essen und eigene Diäten. Ohne Rücksicht auf eigene Bedürfnisse steht die Fürsorge um die Jugendliche immer an erster Stelle.</p> <p>Eltern erzählen von negativen Auswirkungen auf ihr eigenes Selbstwertgefühl. Dies wird ausgelöst durch Schuldzuschreibung und das Gefühl, für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich zu sein, vor allem bei Eltern, welche selbst mal eine Diät machten.</p> <p>Eltern äussern Zukunftsängste bezüglich dem Gesundwerden der Jugendlichen und welche Auswirkungen auf die Entwicklung bestehen können.</p> <p>Erfahrungen der gesundheitliche Versorgung</p> <p>Alle Eltern erzählen positiv von Gesundheitsfachpersonen welche sich aktiv um die ganze Familie sorgten.</p> <p>Trotzdem wünschten sie sich mehr Information von Gesundheitsfachpersonen über die Krankheit.</p> <p>Viele Eltern machten negative Erfahrungen mit Hausärzten. Abweisende, respektlose Haltungen gegenüber der Jugendlichen sowie der Krankheit waren an der Tagesordnung. Die Hausärzte hätten zu wenig Wissen über aktuelle Therapien und hätten meisten viel zu lange nichts unternommen.</p> <p>Eine signifikante Anzahl Eltern meinte, dass sie eine Art Selbsthilfegruppe sehr unterstützt hätte. Viele fühlten sich sozial isoliert durch die Pflege der Jugendlichen. Für die Zukunft wünschten die Eltern sich mehr unterstützende Netzwerke in der Gesundheitsversorgung sowie auf nationaler Ebene. Dies auch in ländlichen Settings. Die Eltern äusserten auch das Bedürfnis nach mehr Informationen</p>	<p>ideal ist, um die Eltern in Gruppen oder individuell zu unterstützen. Sie besitzen das Wissen sowie die psychoedukativen Fähigkeiten. Eine breitere psychoedukative Unterstützung könnte den Stresslevel senken und die Zuversicht bezüglich Genesung bestärken. Die Entwicklung psychoedukativer Unterstützungsmöglichkeiten der Eltern, könnte die Rolle der Eltern als pflegender Angehörigen verbessern.</p> <p>Das Pflegepersonal sollte dazu spezifisch weitergebildet sein um die Eltern bestmöglich zu unterstützen.</p> <p>Zukünftige Studien sollten die Effektivität von psychosozialen und psychoedukativen Interventionen bei Familien mit A.N. erkrankten Jugendlichen untersuchen.</p>
--	--	--	--

		<p>über die Krankheit zum Beispiel in 1 zu 1 Sitzungen mit Fachpersonal.</p> <p>Zukunftshoffnungen und Erwartungen</p> <p>Eltern waren im Stande, während der Krankheit auch die positiven Aspekte zu erkennen. Ein wichtiger Teil der Genesung ist die Hoffnung. Die Eltern erzählen von Stärken und Resilienzen ihrer Jugendlichen und das sie zusehen durften, wie die Jugendlichen am Prozess gewachsen sind und sich durch die Erfahrung entwickelt haben. Alle Eltern meinten, dass sich die Kommunikationsmuster innerhalb der Familie, durch die Erfahrung der Krankheit verbessert haben.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie: McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: Parent's views and experiences. *Archives of psychiatric nursing*, 29(3), 143-147. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.003

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie geht auf das Erleben der Eltern von Jugendlichen mit Anorexia nervosa ein.</p> <p>Die Relevanz für die Pflege wird beschrieben indem Pflegende als ideal für die Rolle der Elternunterstützung angesehen werden.</p> <p>Auf eine Fragestellung wird nicht hingewiesen, diese ergibt sich jedoch aus der Zielformulierung welche beschrieben wird. Das Thema wird mit vorhandener Literatur eingeführt.</p>	<p>Design: Der qualitativ beschreibende Ansatz bietet sich an, um von den Erfahrungen und der Sicht der Eltern zu erzählen.</p> <p>Sample: Auf die Stichprobenziehung wird nicht genau eingegangen. Über die Anzahl der Teilnehmer wird nicht eingegangen, ebenso auch nicht über die Datensättigung (hängt mit der Stichprobensättigung zusammen). Die Person, welche die Eltern anfragt, wird zwar kurz erwähnt, jedoch wird sie nicht beschrieben.</p> <p>Die Stichprobengröße sowie der Anteil an Mütter und Väter ist angemessen für die Thematik. Begründet wird sie nicht.</p> <p>Auf das Setting wird eingegangen (Eltern von ambulanten Patienten einer irischen Klinik), auf das Alter der Betroffenen Kinder wird jedoch nicht eingegangen. Dies kann Auswirkungen auf die Interpretation der Ergebnisse haben. Speziell im Sinne der Erziehungsstile welche angesprochen werden in den Resultaten, weil diese gerade in der Pubertät stark variieren können.</p> <p>Die Teilnehmenden sind als Informanten in erster Linie speziell geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen, weil sie als Betroffene das zu beforschende Phänomen erleben. Jedoch wissen wir nicht, wie offen die Eltern persönliche Informationen preisgeben.</p> <p>Datenerhebung: Es geht um menschliches Erleben. Die Vorgehensweisen der Datenerhebung werden explizit dargestellt und beschrieben. Die Forscher verwenden dafür Semistrukturierte Interviews welche sie mit jedem einzelnen Teilnehmer separat durchführen.</p>	<p>Die Ergebnisse basieren aufgrund einer präzisen Analyse und Zusammenführung der Aussagen. Den im Ergebnisteil geschilderten Phänomene werden mit Zitaten unterstrichen welche der Verständlichkeit sowie der Glaubhaftigkeit dienen.</p> <p>Die Kategorien welche die Forscher bilden beinhalten verschiedene Unterthemen welche jeweils mit Zitaten bestätigt werden.</p> <p>Die Kategorien oder Hauptaussagen beleuchten das Phänomen nicht als Ganzes, dazu müssen die Unterthemen genau gelesen werden.</p> <p>Die Unterthemen der Hauptaussagen wiederholen sich zum Teil in den vier verschiedenen Kategorien.</p>	<p>Die Interpretation der Ergebnisse leistet einen Beitrag zum besseren Verständnis der Sicht der Eltern und des Erlebens der Krankheit als Eltern.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie werden mit bereits bestehender Literatur nachvollziehbar verglichen. Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant und über die Bedeutung für psychiatrisches Pflegepersonal wird in einem separaten Abschnitt geschrieben.</p>

	<p>Die Datensättigung wird nicht diskutiert.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen der Datenanalyse wird klar und nachvollziehbar beschrieben in einem eigenen Kapitel. Für die Analyse wird die Computer Software NVivo9 verwendet. Die Interviews wurden wortwörtlich transkribiert. Ein erfahrener Forscher überprüfte die codierten Transkripte. Die Analysemethode wird referenziert.</p> <p>Ethik: Das University Ethics Committee sowie das Hospital Ethics Board genehmigten die Durchführung der Studie. Jugendliche sowie Eltern wurden über das Ziel der Studie informiert.</p> <p>Beide Parteien wurden um ihr Einverständnis bezüglich Teilnahme an der Studie gefragt. Es bestand für sie die Chance, alle anstehenden Fragen zu klären, bevor sie das Einverständnis unterschreiben. Somit hatten sie die Anonymität sichergestellt.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Hillege, S., Beale, B. & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>A.N. hat eine signifikante Mortalitätsrate sowie eine hohe Morbiditätsrate. Die Krankheit verläuft oft chronisch und hat eine schlechte Heilungschance. Bestehende Studien haben Mortalität und Morbidität sowie deren Einfluss und Zusammenhang mit A.N. untersucht.</p> <p>Essstörungen haben umfassende Auswirkungen auf die Familie, dies ist bekannt jedoch bis jetzt nicht gut erforscht. Bestehende Literatur berichtet meistens aus der Perspektive der Betroffenen. Der Fokus auf die Eltern ist meist negativ beleuchtet und befasst sich mit deren Rolle als Mitverursacher der Krankheit.</p> <p>Ball & Ball (1995) deutet auf Erfahrungen und Gefühle von betroffenen Familien hin. Unter anderem Sorgen, Verzweiflung, Wut, Frustration, Verwirrung und Schuldgefühle.</p> <p>Weitere Autoren erkannten, dass die Erlebnisse der Eltern vergleichbar sind mit einer emotionalen Achterbahnfahrt ohne vorgesehene Stopps.</p> <p>Verschiedene Studienresultate anderer Forscher werden angesprochen und daraus resultiert mehrheitlich, dass die Familie</p>	<p>Rekrutierung: Die Eltern wurden mittels Newslettern, persönlicher Kontakte der Forscher und durch Schneeballtechnik von der Eating Disorders Association of NSW und der Eating Disorders Support Network rekrutiert. Alle leben in Sdney, Australien. Die Betroffenen Kinder/ Adoleszenten waren zwischen 10 und 19 Jahre alt als die Krankheit begann. TN: 19 Mütter, 3 Väter von Kindern und Adoleszenten, welche eine Essstörungen haben oder hatten.</p> <p>Datenanalyse Halbstrukturierte Interviews, Dauer zwischen einer bis drei Stunden. Eltern wurden separat interviewt. Falls gewünscht bei den Eltern zu Hause. Sie wurden aufgenommen, transkribiert und in ein Computer Programm Q.S.R.NUD.IST Power version Revision 4.0 eingegeben. Alle Mitglieder des Forschungsteams haben die ersten zwei Studien analysiert, um so einen gemeinsamen Code für die Analyse der weiteren Interviews zu erarbeiten. An Sitzungen wurde dieser Codekatalog laufend angepasst.</p> <p>Ethik: Alle TN wurden über die Studie informiert und deren Einwilligung wurde vor den Interviews eingeholt. Alle Transkripte sowie die Namen der TN wurden anonymisiert. Die Studie wurde durch The University of Western Sydney, Nepean Human Ethics Review Committee ethisch abgenommen.</p>	<p>Eine chronische Krankheit innerhalb der Familie bedeutet Stress. Eine Essstörung ist nicht nur chronisch, sondern auch eine ernst zu nehmende und lang andauernde Krankheit. Eltern erzählten vom Druck auf das Familienleben, welcher entsteht, wenn ein Kind eine Essstörung hat.</p> <p>Familienzusammenhalt oder -zerfall Die Auswirkungen einer Essstörung können Familien näher zusammenbringen. Ein Elternteil erzählt: ich denke es ist wichtig, als Familie zusammenzuhalten. Und es ist schwierig damit umzugehen, dass ein Kind krank. Sich nicht nur auf das kranke Kind zu fokussieren sondern die ganze Familie zusammenzuhalten.</p> <p>Andere Familien können auseinanderbrechen, manchmal nur die Eltern, welche sich scheiden lassen, manchmal ist die ganze soziale Interaktion innerhalb der Familie betroffen.</p> <p>Eltern können es nicht (mehr) bewältigen Der emotionale Druck, welchen die Eltern erleben, führt oft zu dem Punkt, an welchem sie das Gefühl haben, dass sie die Situation nicht mehr bewältigen können. Eltern beschreiben dramatische Situationen kurz vor dem Zusammenbruch. Sie reden von nervlichen und körperlichen Zusammenbrüchen, herzerreißenden Situationen, gefangen sein zwischen der normalen Familienwelt und der kranken Essstörungswelt. Die Belastung und der Druck der Krankheit erschöpften die Bewältigungsstrategien der Eltern.</p> <p>Unangebrachte Kommentare von Anderen Kommentare von Familienmitgliedern oder</p>	<p>Die Resultate aus den Interviews zeigen eindeutige Probleme von den Eltern welche Auswirkungen auf ihr Leben haben.</p> <p>Die Not der Eltern wurde von mehreren Autoren erfasst, hingegen wurde in anderen Studien noch nicht über den Familienzusammenhalt geschrieben, welcher in dieser Studie aufgetaucht ist</p> <p>Die Studie vertieft die bereits bekannten verheerenden Effekte auf Familien, z.B. die unangebrachte Kommentare welche die Stresssituationen der Eltern verschlimmerten, oder das Gefühl der Eltern, dass sie am Abgrund stehen mit einer Unfähigkeit die Situation zu bewältigen. Gefühle von Isolation und Ausschluss kamen zu Wort, was andere Studien bestätigten.</p> <p>Die Essstörung beeinträchtigen die Bewältigungsstrategien der Familien sowie deren Beziehungen zu anderen was zu sozialer Isolation führt. Finanzielle Bedenken waren ein weiterer Grund zur Sorge. Auch von anderen Studien bereits beschrieben. Trotz des Fokus der Studie auf</p>

<p>als Ressource in der Behandlung von Adoleszenten mit A.N. angesehen wird.</p> <p>Ziel der Studie: Den Einfluss von Essstörungen auf die betroffenen Familien, speziell auf die Eltern, zu prüfen.</p> <p>Der Zweck der Studie war den Eltern eine Stimme zu geben, um ein neues Verständnis für deren Erlebnisse zu entwickeln um daraus eine angemessenere klinische Behandlung machen zu können.</p> <p>Eine qualitative Methode wurde verwendet um tiefgründige Daten zu erhalten und damit die Auswirkung auf die Familie bestmöglichst aufzuzeigen.</p>		<p>Bekannten intensivierten oft den Druck auf die Eltern welche bereits mit der Belastung zu kämpfen hatten welche die Krankheit auslöste.</p> <p>Obwohl zum Teil auch gut gemeint waren die Kommentare auch z.B. ganz oberflächlich dass die Tochter nun gut aussehe waren nicht nützlich und erhöhten die Frustration der Eltern.</p> <p>Oberflächliche Kommentare wie , die Tochter sieht nun aber gut aus‘ führten einerseits dazu, dass die verzerrte Körperwahrnehmung der Tochter zunahm, andererseits, dass die Eltern sich sorgten und daraufhin intervenieren mussten. Zum Beispiel dass keine Kommentare über die Tochter gemacht werden durften.</p> <p>Durch die Erfahrung, dass oftmals weder Familie noch Freunde die Eltern verstand oder ihnen beistehen konnten, führte oft dazu, dass die Eltern versuchten das ‚Problem‘ nicht nach aussen zu tragen da sie kaum jemand verstand. Der folgende Effekt davon war oft die soziale Isolation.</p> <p>Soziale Isolation</p> <p>Oftmals entstand soziale Isolation von Familie, Freunden und auch Gesundheitsfachpersonen, weil die Eltern die Situation irgendwie versuchten zu managen.</p> <p>Die Eltern fühlten sich alleine, verzweifelt, unverstanden.</p> <p>Durch die Abschottung von der Außenwelt war es den Eltern nicht möglich, den Druck welchen sie aushielten mussten, zu teilen. Dieses Verhalten reduzierte oder leerte die Krisen-Bewältigungsressourcen. Auch andere Probleme wie z.B. die finanzielle Belastung, wurden in der Familie behalten.</p> <p>Finanzielle Auswirkungen</p> <p>Eltern erzählten, dass die Essstörungen einen grossen Einfluss auf die finanzielle Situation</p>	<p>die negativen Auswirkungen der Krankheit auf Familien, ist es wichtig, dass die Widerstandsfähigkeiten der Familien berücksichtigt werden.</p> <p>Die Forscher schreiben, dass wenn Eltern als Ressource und nicht als Hindernis angesehen werden würden, würde dies einen positiven Effekt haben auf die Familie sowie auch auf die Genesung der Betroffenen.</p>
---	--	--	---

		<p>haben. Grosse Summen Geld werden für Krankenversicherungen, Hospitalisationen, Essensgewohnheiten und Therapien ausgegeben. Zusätzlich fehlten die Eltern teils am Arbeitsplatz.</p> <p>Kein Elternteil erzählte abschätzig über die Investitionen, sie sprachen mehr von den Bedenken, dass die finanziellen Mittel sich schmälerten.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie: Hillege, S., Beale, B. & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Essstörungen A.N., Bulimie und Binge Eating werden anhand Studien sowie aktueller Literatur ausführlich beschrieben. Es wird auf die Morbidität eingegangen, was für die Pflege relevant ist.</p> <p>In der Einleitung wird ersichtlich, wie wichtig die Erfahrungen der Eltern für den Genesungsprozess der Adoleszenten sind, was für die familienzentrierte Pflege spricht.</p> <p>Das Ziel und die Absicht der Studie sind klar formuliert, daraus ist eine Ableitung der Forschungsfrage möglich.</p>	<p>Design: Der qualitative Ansatz bietet sich an, um das Maximum an Daten bezüglich Erfahrungen der Eltern zu erfassen.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobenmenge ist für diese Studie angebracht. Die Väter sind in der Studie deutlich in der Unterzahl. Darauf weisen die Forscher hin und begründen dies damit, dass Mütter häufiger als erste Erziehungsperson zu Hause sind. Einen weiteren möglichen Bias sehen die Forscher darin, dass die Mehrzahl der Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe- oder Vereinigung angehören und diese eine höhere Compliance aufweisen. Allerdings weisen die Forscher daraufhin, dass dieser Bias in dieser Studie verringert wurde, da trotzdem auswärtige Teilnehmer, also solche, die keiner Selbsthilfegruppe angehören, teilnehmen. Die Verfasser der Arbeit sehen darin trotzdem eine verringerte Repräsentativität, da genauere Angaben zu der Teilnehmeranzahl, welche keiner Supportgruppe angehören, fehlen. Die Aussagen über persönliche Erfahrungen der Eltern werden von den Verfasserinnen trotzdem als brauchbar angesehen, da dies subjektive und unveränderbare Einschätzungen sind. Die Erfahrungen der Eltern hängen nicht von der Compliance ab.</p> <p>Datenerhebung: Die Vorgehensweise zur Datenerhebung wird von den Forschern im Methodenteil ausführlich beschrieben. Die Datensättigung wird nicht erwähnt, wobei die Forscher erwähnen, dass sie deshalb einen qualitativen Ansatz gebrauchen, um das Maximum an</p>	<p>Das Ziel der Studie sowie der Zweck wurden im Ergebnisteil beantwortet und erfüllt. Die Eltern erhalten eine Stimme und der Einfluss von Essstörungen auf die Familie wurde anschaulich dargestellt.</p> <p>Die Daten werden in fünf nachvollziehbare Hauptthemen unterteilt. In den Hauptthemen werden verschiedene Unterthemen angesprochen welche sich inhaltlich zum Teil auch mit anderen Hauptthemen überschneiden.</p> <p>Die Ergebnisse werden auffallend klar und detailliert dargestellt was zeigt, dass die Reichhaltigkeit der Daten dargestellt werden.</p>	<p>Die Forscher interpretieren ihre Hauptthemen und vergleichen diese mit Aussagen von bestehenden Studien. Sie erwähnen, welche ihrer Ergebnisse bereits bekannt sind, welche Ergebnisse vertieft dargestellt werden und welche Ergebnisse noch nie benannt wurden.</p> <p>Die Studie hat ihren Fokus auf den Auswirkungen der Erkrankung auf das Familienleben. Es wird erwähnt, wie stressig und welchen Druck die Krankheit auf die Familie ausüben kann und dies über lange Zeit. Diese Ergebnisse sind auch für die Pflegeforschung relevant, die Bedeutung wird von den Forschern jedoch nicht diskutiert.</p>

	<p>Daten zu erhalten.</p> <p>Der Forschungsansatz qualitativ-deskriptiv stimmt mit dem methodischen Vorgehen der halbstrukturierten Interviews überein. Die Methode Interview ist geeignet, um das Phänomen Erleben zu erforschen.</p> <p>Datenanalyse:</p> <p>Das Analysieren der Interviews wurde ausführlich beschrieben. Im Forschungsprozess wurden die Resultate stetig angepasst und überprüft, bis keine neuen Informationen mehr entstanden. Die Reliabilität und Validität wurden durch gegenseitiges Lesen der Interviews durch das Forschungsteam gewährleistet.</p> <p>Ethik:</p> <p>Auf ethisch relevante Fragen wird in dem Methodenteil eingegangen. Massnahmen wie Ethische Überprüfung der Untersuchung durch Komitees erfolgten und Einwilligungen der TN wurden eingeholt.</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International journal of mental health nursing*, 13(1), 67-73.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Erfahrung der Eltern eines Kindes mit einer Essstörung wurde bisher kaum von der Literatur aufgenommen. Wenn die Eltern in diesem Zusammenhang genannt sind, sind das meist negativ konnotierte Themen.</p> <p>Die Essstörungen Bulimia Nervosa und A.N. sind ernstzunehmende Probleme in Australien.</p> <p>Eltern und das Gesundheitspersonal: Ein grosses Problem, welches die Literatur beschreibt ist, dass die Eltern sich vom Gesundheitspersonal nicht ernstgenommen fühlt.</p> <p>Immer wieder nennen Eltern und Angehörige, dass mehr Information über die Behandlung dieser Krankheit hilfreich wäre. Das Gesundheitspersonal (Pflegepersonal, Psychologen, Ärzte, Sozialarbeiter) hingegen wäre überhaupt nicht hilfreich, sondern im Gegenteil: Eltern fühlten, dass das Gesundheitspersonal sie für die Krankheit der Kinder verurteilt.</p> <p>Neuere Literatur beschreibt</p>	<p>Design: Es wurden Interviews geführt.</p> <p>Stichprobe: Die Interviews wurden mit 22 Elternteile, davon 19 Mütter und 3 Väter, von Kindern mit einer Essstörung oder solchen die eine Essstörung hatten geführt. Die Teilnehmer hatten sich freiwillig über eine Annonce des Newsletters der Eating Disorder Association of NSW und the Eating Disorder Support Network gemeldet oder wurden durch die Forscher persönlich angefragt.</p> <p>Datenerhebung und Analyse: Eltern wurden zum Erleben der Krankheit in Bezug auf die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal befragt. Die Interviews fanden bei den Eltern zuhause statt. Die Interviews wurden aufgenommen und später transkribiert. Das Forscherteam codierte die Interviews individuell und verglich diese dann untereinander. Die Codes wurden an Teammeetings diskutiert und während 12 Monaten wurden Hauptcodes entwickelt. Die transkribierten Daten wurden in das Computerprogramm Q.S.R.NUD.IST eingegeben.</p> <p>Ethik: Das University of Western Sidney Neapean Human Ethics Review Committee hat die Studie genehmigt.</p>	<p>Es wurden 6 Themen identifiziert im Bezug auf die Interaktion mit dem Gesundheitspersonal</p> <p>Hilfe finden: Eltern suchten selbst nach Quellen, um an Information über die Krankheit zu gelangen, wie z.B. über Hausärzte, Freunde, die Schule etc. Für viele war dies ein langer Weg. Schlussendlich war die Hilfe der Essstörungsgesellschaft am hilfreichsten. Wenn endlich Hilfe gefunden wurde, fühlten sich die Eltern erleichtert.</p> <p>Sich ausgeschlossen fühlen Eltern geben an, sich zum Teil ausgeschlossen gefühlt zu haben während ihr Kind in Behandlung war. Sie mussten das Kind alleine zurücklassen. Wenn sie Zweifel über gewisse Behandlungen ansprachen, wurden sie von der Pflege nicht ernst genommen. Sie fühlten sich in ihrem Elterndasein gekränkt.</p> <p>Einsatz mit dem Gesundheitspersonal Eltern erzählen von vielen negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitspersonal. So wurden sie zum Beispiel nicht gehört oder ernst genommen. Teilweise äusserten Eltern auch positive Erfahrungen: Eine sympathische Beziehung zum Gesundheitspersonal helfe sehr während des Prozesses.</p> <p>Images des Gesundheitspersonals gegenüber der Kinder und Eltern Viele Eltern nahmen wahr, dass beim Gesundheitspersonal Stereotypisierungen gegenüber Essstörungen vorhanden waren.</p> <p>Alternativen finden, wenn nichts anderes mehr hilft</p>	<p>Das Pflegepersonal sollte sich bewusst sein, dass Eltern viel Aufwand betreiben, um an Hilfe und Antworten zu gelangen. Ein besserer Zugang zu Informationen könnte den Heilungsprozess verkürzen.</p> <p>Eltern und das Pflegepersonal sollten als Team zusammenarbeiten.</p> <p>Einer Selbsthilfegruppe oder einem Netzwerk anzugehören stellt sich für die Eltern als sehr wichtig und hilfreich heraus.</p> <p>Die Eltern als stärkende Ressourcen sollten wahrgenommen werden.</p>

<p>jedoch die Eltern als wertvolle Ressource für die Behandlung (Familientherapie). Weiter hebt die Literatur hervor, wie wichtig eine gute Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und den Angehörigen in der Hinsicht auf die Behandlung von A.N. ist. Besonders Pflegefachpersonen sollen die Rolle wahrnehmen, die Familie während der Behandlung mit einzubeziehen. Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen und das Erleben der Eltern von Kindern mit einer Essstörung. Es fokussiert sich auch darauf, wie die Eltern mit dem Gesundheitspersonal interagiert.</p>		<p>Wenn die Eltern die Hilfe des Spitals nicht mehr als hilfreich ansahen, mussten sie anderswo Hilfe suchen. Häufig wurden sie bei privaten Spezialisten fündig. Als die Kinder von der Behandlung nach Hause entlassen wurden fühlten sich die Eltern isoliert und trotzdem dafür verantwortlich die Krankheit und den Genesungsprozess zu managen.</p> <p>Eltern: Nicht bereit, aufzugeben</p> <p>Einen Grossteil der Eltern gab an, alles zu tun, um ihr Kind Gesund zu machen. Dies ist eine wichtige Ressource für die Behandlung der Kinder.</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie: McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International journal of mental health nursing*, 13(1), 67-73.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine pflegerelevante Frage, die wichtige Rolle der Pflegefachpersonen im Zusammenhang der Fragestellung wird mittels bereits vorhandener Literatur begründet.</p> <p>Das Thema wird mit vorhandener Literatur detailliert eingeführt.</p> <p>Das Ziel der Studie wird genannt, allerdings wird der Fokus der Fragestellung nicht ganz klar, da mehrere Themen angesprochen werden.</p>	<p>Design: Das Design wird nicht genau erklärt, es wird angenommen, dass es sich um einen phänomenologischen Ansatz handelt, da Interviews zum Erleben durchgeführt wurden.</p> <p>Stichprobe: Mit 22 Teilnehmer ist die Stichprobe von der Grösse her zum Teil repräsentativ, da individuelle Erlebnisse erfragt werden. Für eine gesamtheitliche Aussage für die gesamte Population ist nicht möglich. Die Mütter sind deutlich in der Überzahl gegenüber der Väter, welche interviewt wurden. Diese Ungleichheit wird nicht begründet. Ansonsten ist nichts über die Stichprobe bekannt, weder Herkunft noch Bildungsniveau, weshalb sich die Resultate nicht ohne weiteres auf alle Eltern eines Kindes mit einer Essstörung übertragen werden kann. Es wird auch nicht genau genannt, wie viele Eltern ein Kind mit A.N. haben und wie viele an einer anderen Essstörung leiden. Das Alter der Teilnehmer sowie deren Kinder ist unbekannt. Über das Setting ist wenig bekannt. Die Teilnehmer erleben das beschriebene Phänomen als Eltern eines Kindes mit einer Essstörung oder solchen, die eine Essstörung hatten.</p> <p>Datenerhebung: Es geht bei der Datenerhebung um menschliches Erleben. Die Vorgehensweisen sind wenig detailliert beschrieben. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden ist gewährleistet, da sie sich freiwillig für die Studienteilnahmegemeldet haben.</p> <p>Methodologische Reflexion:</p>	<p>Der Aufbau der Studie ist nicht nach EMED aufgebaut. Die Ergebnisse und Diskussion sind unter dem gleiche Titel aufgelistet.</p> <p>Die Ergebnisse werden mittels aussagekräftiger Zitate bestätigt. Die Kategorien sind logisch und unterscheidbar und tragen zur Beantwortung der Forschungsfrage bei. Zum Teil sind sie inhaltlich nicht ganz vollständig, was gegen eine Datensättigung spricht.</p> <p><i>Die Studie ist etwas älter (2004), Familientherapie ist noch nicht sehr verbreitet und erst noch in den Anfängen, was eine Übertragung aller Ergebnisse auf die heutige Zeit schwierig macht. Trotzdem können einige wichtige Punkte einbezogen werden.</i></p>	<p>Die Forscher sind sich bewusst, dass aufgrund der Grösse der Population keine generalisierte Aussage gemacht werden kann. Trotzdem beantworten die Erkenntnisse einen Teil der Forschungsfrage. Aus den Ergebnissen können für die Pflege relevante Erkenntnisse gezogen werden. Aufgrund des Alters der Studie und die grosse Entwicklung der letzten Jahre sind diese jedoch mit Vorsicht zu gebrauchen.</p>

	<p>Diese Information fehlt in dieser Studie. Es wird nur genannt, dass Interviews durchgeführt wurden.</p> <p>Datenanalyse: Die Analyse wird nachvollziehbar gemacht, jedoch nicht durch Literatur begründet. Die Stichprobenziehung wurde teils durch die Forschenden selbst gemacht, hier wird nicht offen gelegt, in welcher Beziehung die Forscher mit den Teilnehmenden stehen, was zu einem Bias führen könnte.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission abgenommen.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 444-449. doi:10.1192/bjp.187.5.444

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Zweck: Die Studie erfasst die Erfahrungen und Krankheitsvorstellungen von Eltern von Patienten mit Anorexia nervosa. Bestehende Literatur beschreibt die hohe Belastung von Eltern von anorektischen Patient/innen.</p> <p>Ziel: Mittels qualitativer Methode ein detailliertes Verständnis über die Erfahrungen von Eltern von Anorexie Patient/innen zu entwickeln.</p> <p>Das übergeordnete Ziel ist ein Rahmenkonzept zu entwickeln, welches mittels Interventionen die Bewältigungsstrategien von den Eltern optimiert, aufrechterhaltende Faktoren der Krankheit eliminiert und das ganzheitliche Outcome verbessert.</p> <p>Hypothese: Dass die Eltern ein Krankheitsverständnis haben, welches nicht unterstützend ist für die Patienten sowie ihr eigenes Not und Leid erhältet.</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine qualitative Datenanalyse. Die Datenanalyse wird mittels der ‚Constant comparative‘ Methode der Grounded Theory (Glaser & Strauss) durchgeführt. Hospitalisierte Patientinnen (ausschliesslich Frauen) vom South London und Maudsley National Health Service. Die Patientinnen und ihre Eltern wurden randomisiert zwei verschiedenen Interventionsgruppen zugeteilt. (entweder im Rahmen der Familientherapie einmal wöchentlich für 18 Wochen oder zusammen mit anderen Familien in einem intensiv Workshop von drei Tagen) Nach einem Drittel der Therapie mussten die Eltern eine Aufgabe schriftlich beantworten. Teilnehmen: 20 Mütter, 20 Väter</p>	<p>Die Erzählungen (Teilnehmergeschichten inkl. Zitate) der Eltern wurden in sechs Überthemen zusammengefasst.</p> <p>a) Krankheitsvorstellungen Die eigene Ansicht über den Krankheitscharakter wurde von vielen Eltern diskutiert. Verwirrung über die Ursachen und Risikofaktoren der Krankheit war vorhanden. Mütter und Väter machten sich Schuldvorwürfe, stellten sich Fragen bezüglich der Erziehung der Tochter, was hätten sie anders machen können. Eltern erkannten die negativen Auswirkungen/Konsequenzen auf die körperliche, mentale und soziale Gesundheit der Tochter. Die Eltern glaubten, dass die Krankheit zu weniger Selbstständigkeit und einem tieferen Selbstwertgefühl führte. Die Eltern machten sich Gedanken zu den Ursachen, der Dauer und zu den Symptomen und Konsequenzen. Ein Vater meint dass die Bewältigung der eigenen Schuldzuweisung am schlimmsten sei, da er bis jetzt nicht wisse was die Ursache der Anorexia war.</p> <p>b) Patient, Eltern und Therapie Kontrolle Obwohl die Mehrheit der Eltern glaubt, dass ihr Kind die Krankheit besiegen wird, sehen einige Eltern ihr Kind auch als Opfer, gefangen in ihrer Krankheit ohne Kontrolle darüber. Die meisten Eltern beschreiben das Gefühl des Ausgeliefertseins gegenüber der Krankheit. Jegliche Versuche zu helfen zeigt sich als ineffizient. Eine Entlastung stellt die Behandlung dar, sie lässt die Eltern hoffen und glauben.</p> <p>c) Krankheitszusammenhang</p>	<p>Die qualitative Analyse von den Betroffenen Geschichten der Eltern, haben Themen bezüglich Krankheitsvorstellungen der Eltern, Einfluss der Krankheit auf die Familie und emotionale sowie kognitive Reaktionen identifiziert.</p> <p>Diverse Bewältigungsstrategien wurden von den Eltern benannt.</p>

		<p>Eltern erzählen davon, dass sie sich selbst Wissen über die Krankheit aneigneten. Trotzdem waren sie perplex und fassungslos über die Komplexität und Ernsthaftigkeit der Krankheit. Die Väter drückten eher ihre eigene Fassungslosigkeit aus, während Mütter mehr dazu neigten, ihre Frustration über die Verständnislosigkeit von Anderen zu schildern. Obwohl Freunde und Familie versuchen Hilfe anzubieten, haben die Eltern das Gefühl dass nur sehr wenige Leute verstehen, was sie erleben.</p> <p>d) Auswirkungen der Krankheit auf die Familie</p> <p>Viele Eltern haben das Gefühl, dass die Krankheit sie tiefgründig beeinträchtigt. Sie beschreiben eine sehr abhängige Beziehung in welcher die Tochter ihre Zeit unangemessen in Anspruch nimmt. Die Krankheit bringt unangenehme Spannung in die Familienbeziehungen, führt zu einer gestressten Atmosphäre im Haushalt.</p> <p>Die Eltern waren besorgt über die Effekte auf das Familienleben und die Schwierigkeiten Zukunftspläne zu generieren.</p> <p>Die Tochter braucht so viel von einem, bis das Zusammensein bedroht wird.</p> <p>e) Emotionale Reaktionen</p> <p>Fast alle Eltern erzählen von erlebten Emotionen. Die negativen gehen von Traurigkeit und Not über Angst bis Wut und Feindseligkeit. Viele erzählten von Schuldgefühlen, Versagen und Inadäquatheit. Vor allem Mütter berichten von überwältigenden Emotionen inklusive Schlaflosigkeit, Voreingenommenheit und Hoffnungslosigkeit.</p> <p>Auch positive Themen kamen zum Vorschein. Väter beschrieben eine grössere Zuneigung zu ihren Töchtern, zeigten ihre grossartigen Qualitäten auf und sie erzählten von ihren Wünschen die Tochter schützen und unter-</p>	
--	--	---	--

		<p>stützen zu können. Eltern waren verärgert über das Stigma, welches mit den Essstörungen assoziiert ist sowie über das Herunterspielen der Krankheit von Aussenstehenden.</p> <p>f) Kognitive Bewältigungsstrategien Hoffnung, Optimismus, Ablenkung und mentaler Wiederaufbau werden von Eltern als Strategien beschrieben. Vor allem die Väter malen sich Wunschvorstellungen aus, um die Hoffnungslosigkeit bezüglich der Zukunft zu reduzieren. Väter neigten ebenfalls mehr dazu, sich mittels Arbeit abzulenken um das ständige ‚an die Krankheit Denken‘ zu reduzieren.</p> <p>Einige Eltern verwendeten die Strategie, die Krankheit als etwas Fremdes anzusehen.</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *The British journal of psychiatry*, 187(5), 444-449. doi:10.1192/bjp.187.5.444

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine pflegerelevante Forschungsfrage, welche für die Qualität der Pflege von Relevanz sein kann. Diese lässt sich aus der Zielformulierung ableiten.</p> <p>Das Ziel sowie die Hypothese der Studie werden in der Einleitung präzise genannt. Die Relevanz wird kurz mittels bereits vorhandener Literatur begründet.</p>	<p>Design: Die qualitative Analyse ist logisch für die Forschungsfrage, da das Erleben und Verständnis der Teilnehmer erfragt wird.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe ist mit 40 Teilnehmern repräsentativ und die Geschlechter sind gleichmässig vertreten. Allerdings gilt zu beachten, dass von 13 Patienten beide Elternteile vertreten sind und somit die gleichen Erfahrungen der Familie erleben. Die Ergebnisse können auf andere Eltern der ersten Welt, dessen Kind in einem stationären Setting behandelt wird.</p> <p>Das Setting sowie die Teilnehmenden werden ausführlich beschrieben, allerdings fehlt die Herkunft bzw. die Ethnie der Teilnehmer. Die Teilnehmenden sind als Informanten geeignet, da sie als Eltern eines Kindes mit A.N. die nötigen Erfahrungen und Ergebnisse wiedergeben können.</p> <p>Datenerhebung: Persönliche Berichte der Eltern über das Erleben der Krankheit ihres Kindes erfassen das die gewollten Daten passend.</p> <p>Methodologische Reflexion Das methodische Vorgehen stimmt mit der Fragestellung überein. Das ständige Vergleichen der Grounded Theory, ermöglicht, zuerst möglichst breite Ergebnisse zu erhalten, welche dann im Prozess in Kategorien eingeteilt werden können. Der methodologische Ansatz ist logisch gewählt.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben und mit Theorie begründet. Die</p>	<p>Die Ergebnisse helfen, die Eltern besser verstehen zu können und zeigen wichtige Punkte von Erlebnissen auf. Mittels der Einteilung in Kategorien kann die Forschungsfrage verständlich und nachvollziehbar beantwortet werden.</p> <p>Die Ergebnisse werden durch aussagekräftige Zitate untermauert.</p> <p>Die verschiedenen Kategorien weisen eine hohe Datendichte auf und reflektiere die Reichhaltigkeit der Daten. Die Kategorien lassen eine plausible Interpretation der Daten zu.</p> <p>Das Phänomen wird durch den Ergebnisteil ganzheitlich beleuchtet.</p> <p>Die Unterschiede zwischen den Antworten von Vätern und Müttern wurden durch eine genaue Datenanalyse validiert.</p>	<p>Es werden mögliche Limitationen von den Forschern genannt und reflektiert.</p> <p>Die Ergebnisse sind für die Pflege relevant, werden von den Forschern allerdings nicht spezifisch im Bezug auf die Pflege diskutiert.</p> <p>Aus den Schlussfolgerungen werden konkrete Implikationen für die Praxis gemacht.</p> <p>Der Evidenz-Level der Studie liegt laut Di Censio auf dem untersten Level.</p>

	<p>Glaubhaftigkeit der Datenanalyse wird durch genaue Beschreibung und mehrmalige Überprüfung sichergestellt. Die Forscher erwähnen kein explizites Reflexionsinstrument, welche die analytischen Entscheidungen im Nachhinein überprüfen lassen.</p> <p>Ethik: Die Studie erhielt eine ethische Genehmigung, allerdings wird nicht genannt durch wen. Des Weiteren wurde durch die schriftliche Einwilligung der Teilnehmer deren Selbstbestimmung gewährleistet.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage:

Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Bezance, J., & Holliday, J. (2014). Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Eating disorders*, 22(5), 386-404. doi:10.1080/10640266.2014.925760

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der Adoleszenz erkranken die meisten Menschen an A.N. Die Resultate der Behandlung in Krankenhäusern sind unzufrieden und kostspielig. Ambulante Therapien werden deshalb empfohlen.</p> <p>Vielversprechend ist jedoch der Ansatz der familienbasierten Therapie.</p> <p>Home Treatment Heimbehandlung (Home Treatment) ist eine spezielle ambulante Therapie, in der die Adoleszenten zuhause therapiert werden im gewohnten Umfeld. Es handelt sich dabei um einen familienzentrierten Ansatz. Eltern werden bestärkt, ihre Kinder beim Essen zu unterstützen. Dies sei der Schlüssel zum Erfolg der Therapie.</p> <p>Belastung der pflegenden Angehörigen Das Interesse an den Erfahrungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit psychischen Krankheiten wächst. Depression und Angst sind weit verbreitete Phänomene. Viele Eltern sagen, dass sie sich ausgeschlossen fühlen bei der The-</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine qualitative Forschung. Es wurden semistrukturierte Interviews durchgeführt.</p> <p>Setting: Zwei Heimtherapie-Teams von der Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). Das Team ist multidisziplinär (Pflegefachperson, Ärzte, Psychologen etc) und die Therapie beinhaltet Monitoring, Supervisionen während den Mahlzeiten, Unterstützung für die Familie und dauert etwa 8 Wochen.</p> <p>Stichprobe: 9 biologische Mütter, welche den folgenden Kriterien der Studie entsprechen: Die Jugendliche musste durch das CAMHS für die Heimtherapie überwiesen und war für mindestens 2 Wochen in einer Heimtherapie in den letzten 18 Monaten. Ausserdem mussten sie nach ICD10 eine Diagnose für A.N. erhalten haben. Die Mütter sind zwischen 40 und 63 Jahre alt, die Adoleszenten zwischen 13 und 16 Jahren. 5 der 9 Patientinnen erhielten nach der Heimbehandlung eine stationäre Behandlung. Die Dauer der Heimbehandlung war zwischen 2 und 12 Wochen. Die Ethnie der Teilnehmer wird nicht beschrieben, um die Anonymität zu gewährleisten. Die meisten sind allerdings weiss und Britischer Herkunft.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden semistrukturierte Interviews anhand eines eigens dafür entwickelten Leitfades geführt. Es wurden auch offene Fragen</p>	<p>Hineingezogen werden - Unterkunft der A.N. Die Krankheit A.N. hat die Überhand über das Leben der Familie genommen. Die Kontrolle des Essens, des Gewichts war häufig das erste am Morgen und das letzte am Abend, an was die Eltern dachten. Der ganze Alltag wurde rund um die Krankheit organisiert. Die Beziehung zum Partner blieb auf der Strecke, da das Kind nie alleine zuhause gelassen wurde.</p> <p>- Identitätsverlust Im Verlauf der Krankheit, schienen die Teilnehmer vergessen zu haben, wer sie sind. Die Tochter brauchte die ganze Aufmerksamkeit ihrer Eltern. Die Mütter vernachlässigten ihre eigenen Bedürfnisse selbst total.</p> <p>- Sich alleine fühlen Viele Mütter fühlten sich durch die Krankheit ihrer Tochter alleine gelassen und isoliert. Die Mutter-Tochter-Dynamik wurde intensiviert, da die Mutter die Verantwortung für die Behandlung übernehmen musste (Hier im Bezug auf die Heimtherapie). Einige fühlten auch die Stigmatisierung gegenüber der Krankheit.</p> <p>Am Tiefpunkt ankommen - Hoffnungslosigkeit und Erschöpfung Viele Eltern fühlten sich überwältigt durch den emotionalen und physikalischen Einfluss der Pflege ihrer Kinder. Viele hatten Angst, waren verzweifelt</p> <p>- Hilflos, machtlos, das Gefühl zu versagen</p>	<p>Es wurden drei Hauptthemen generiert:</p> <p>- Hineingezogen werden: Ein Teufelskreis zeichnet sich ab, dass Eltern immer mehr in die Krankheit hineingezogen und immer mehr isoliert werden. Dies zeigt, dass die Heimtherapie eine grosse Last für die Mütter ist.</p> <p>- Am Tiefpunkt ankommen: Man darf die Gesundheit und den Zustand der Mütter nicht unterschätzen, da sie eine wichtige Rolle in der Behandlung einnehmen. Sie benötigen deshalb individuelle Hilfe und Unterstützung. Weitere Studien zur Auswirkungen der A.N. von Töchtern auf ihre Mütter sollte untersucht werden.</p> <p>- Erfahrung mit Hilfe: Dieses Thema hebt hervor, dass die Heimtherapie immer wieder überprüft und angepasst werden muss.</p> <p>Die Forscher nennen einige Limitationen ihrer Forschung. So wird hier nur eine Heimtherapie durchgeführt, obwohl es viele Varianten von Heimbehandlungen gibt. Deshalb kann</p>

<p>rapie ihrer Kinder.</p> <p>Das Ziel der Studie ist herauszufinden, was die Mütter erleben wenn die A.N. ihrer Töchter zuhause behandelt wird.</p>	<p>gestellt, u retroperpektive Antworten zu erhalten.</p> <p>Verschiedene Schritte wurden durchgeführt, um einen Rigor in der Datenanalyse zu gewährleisten und so eine hohe Qualität der Forschung zu erhalten. Der Forscher wurden durch zweimal durch andere Forscher interinterpretativer phänomenologischer Analyse interviewt, um dessen persönliche Informationen zu sammeln, um mögliche Erwartungen an die Studie herauszufinden. Zusätzlich wurde während des ganzen Forschungsprozesses ein Reflexionstagebuch geführt. Des Weiteren gab es Glaubwürdigkeits-Checks mit den Supervisoren der Forschung um den Analyseprozess stetig zu überprüfen.</p> <p>Ethik: Das Oxford Doctoral Course in Clinical Psychology and the Oxford Research Ethics Committee hat die Studie vor Beginn abgesegnet.</p> <p>Datenanalyse: Die Interview Transkripte wurden mittels interpretativer phänomenologischer Analyse analysiert. So werden Erlebnisse verstanden. Das Vorgehen hält sich an vorgeschlagene Schritte: Zuerst wurden die Transkripte gelesen und gegengelesen und mittels provisorischer Kommentare ergänzt. Dann wurden Cluster von Ideen zusammengefasst, um Themen zu erarbeiten, welche die gleichen Erlebnisse vermittelt.</p>	<p>Viele waren erfolglos, das Kind zum Essen zu ermutigen, was zu diesen Gefühlen führte.</p> <p>- Veränderte Person Für viele Teilnehmer war es schwer, die Veränderungen des Verhaltens ihrer Tochter zu erleben</p> <p>- Angst vor dem Tod Für viele war der Moment, als sie realisierten, dass ihre Tochter daran sterben könnte traumatisch.</p> <p>Erfahrung mit Hilfe - Wenn Hilfe nötig wird Im Rahmen der Heimtherapie kamen immer verschiedene Gesundheitspersonalangestellte vorbei, was einen Beziehungsaufbau verhinderte.</p> <p>- Kraft und Fähigkeiten finden Mütter erzählen, dass sie trotz diesen Schwierigkeiten Fähig waren, Kräfte zu entwickeln dank dieser Heimtherapie. Daraus konnten sie emotional wie auch praktisch profitieren. Einige beschreiben, dass sie zu wenig Hilfe durch das Heimtherapieteam erhielten und sie deshalb selbst nach Hilfe googlen mussten. Viele äussern, mehr über die Krankheit und deren Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes wäre hilfreich gewesen.</p> <p>Der Rest der Resultate bezieht sich ausschliesslich auf die Erfahrung mit Hometreatment und wird hier deshalb nicht weiter aufgeführt.</p>	<p>dies nicht mit anderen Anbietern verglichen werden.</p> <p>Die interpretative phänomenologische Analyse verlangt ein homogenes Sample. Allerdings haben einige der Teilnehmer bereits einen stationären Aufenthalt hinter sich und einige noch vor sich. Die Forscher fänden es interessant die Unterschiede zu erfassen und den Einfluss mit einzubeziehen. Ausserdem wäre es auch interessant gewesen Väter, Geschwister oder die Jugendliche selbst zu befragen.</p> <p>Die Retroperspektive dieser Studie könnte als Limitation gesehen werden, da die erfragten Erlebnisse nicht mehr aktuell wiedergegeben werden konnten.</p>
--	--	---	---

Würdigung der Studie: Bezance, J., & Holliday, J. (2014). Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: An interpretative phenomenological analysis. *Eating disorders*, 22(5), 386-404. doi:10.1080/10640266.2014.925760

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Thema der Heimtherapie oder der Familientherapie sowie der Erfahrungen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit psychischen Krankheiten wird mit vorhandener Literatur eingeführt. Die Krankheit A.N. wird nicht detailliert erklärt.</p> <p>Das Ziel der Studie wird explizit beschrieben.</p>	<p>Design: Der phänomenologische Ansatz ist richtig gewählt, da das Erleben erforscht wird. Die Studie wird retroperpektiv durchgeführt.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe mit 9 Müttern ist eher klein und doch repräsentabel. Jedoch werden keine erziehenden Väter berücksichtigt, was eine Übertragung auf die gesamte Population erschwert. Dies wird jedoch durch die Forschenden dadurch begründet, dass mehrheitlich Mütter die Kinder zuhause erziehen. Es wird nicht beschrieben, wie die Teilnehmenden rekrutiert wurden. Das Setting wird ausführlich beschrieben. Die Teilnehmer werden erst im Resultateteil genauer beschrieben, was nicht dem EMED-Format entspricht. Da es sich bei den Teilnehmern um Mütter von Betroffenen handelt, sind sie als Informanten geeignet.</p> <p>Datenerhebung: Mittels semistrukturierter Interviews inklusive offener Fragen wurde das Erleben erforscht. Die Vorgehensweise wird detailliert beschrieben und der Rigor gewährleistet.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist präzise beschrieben und mit Literatur hinterlegt, welche zur Glaubwürdigkeit beiträgt. Glaubwürdigkeitschecks und ein Reflexionstagebuch stellen die Glaubwürdigkeit der Datenanalyse sicher.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch eine Ethikkommission abgenommen. Die Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden durch den Einbezug vieler Zitate glaubwürdig dargestellt. Die Reichhaltigkeit der Daten ist begrenzt, da die Population relativ klein gehalten ist. Die Ergebnisse sind im Kontext gut verankert und präzise. Die Kategorien sind logisch und konsistent und inhaltlich gut unterscheidbar. Die Ergebnisse lassen sich gut in die Praxis implementieren.</p>	<p>Die Interpretation ist hilfreich, um das Erleben der Mütter von Kindern mit A.N. zu verstehen. Die Forschungsfrage wird klar beantwortet, kann allerdings nicht als allgemeingültig angesehen werden, da die Population dazu zu klein und einseitig ist.</p> <p>Allerdings können auch einige wichtige Informationen für das Erleben allgemein gezogen werden, da es nicht nur auf das Erleben der Heimtherapie fokussiert.</p> <p>Die Ergebnisse sind pflegerelevant und hilfreich für weitere Forschung. Die Forscher nennen einige möglichen Limitationen der Studie und schlagen weitere Forschungsfelder vor, wie weiter vorgegangen werden könnte.</p>

Güte/ Evidenzlage: Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Cottee-Lane, D., Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European eating disorders review*, 12(3), 169-177. doi:10.1002/erv.560

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Bisher gibt es kaum Studien, über Erfahrungen von Eltern, deren Kind an A.N. leiden. Das Ziel der Studie, ist es, diese Erfahrungen systematisch zu beschreiben, um diese Lücke in der Literatur zu füllen. Im Speziellen will die Studie herausfinden, wie die Eltern selbst den Einfluss der Krankheit Ihres Kindes auf sie selbst sowie auf die Familie sehen und wie sie damit umgehen.</p> <p>Die Eltern sind enorm wichtig für den Erfolg der Behandlung von A.N. Dies beweisen viele Studien zur Familientherapie, als effektive Intervention.</p>	<p>Design: Es handelt sich bei der Studie um einen qualitativen, phänomenologischen Ansatz, um die Erlebnisse der Eltern aus subjektiver Sicht zu erfragen.</p> <p>Stichprobe: Es wurden semistrukturierte Interviews mit 11 Eltern eines Kindes mit A.N. geführt. Diese fokussierten sich auf die Sicht und Erfahrungen der Eltern. Die Teilnehmer wurden durch eine auf Essstörung bei Kinder und Adoleszenten spezialisierte Klinik aus einem Universitätsspital London rekrutiert.</p> <p>Alle Teilnehmer waren Eltern, deren Kind momentan oder kürzlich in dieser Klinik in Behandlung sind oder waren. 25 Eltern wurden angefragt, 11 erklärten sich bereit, mitzumachen. Diese bestehen aus 7 Müttern und 4 Vätern. Die Gruppe umfasst 4 Paare und 3 zusätzliche Mütter. Die Herkunft wird als weiss oder britisch bezeichnet und es sind verschiedene Religionen vertreten (Christen, Juden, ungewiss). Alle ausser jemand aus der Gruppe geben an, mit ihrer Partnerschaft zufrieden zu sein. Alle Teilnehmer oder deren Partner sind berufstätig. Alle Teilnehmer haben eine Tochter im Alter von 13 bis 16 Jahre mit der Diagnose A.N, welche zwischen 2 bis 66 Monate in Behandlung sind.</p> <p>Datenerhebung: Semistrukturierte Interviews. Der Leitfaden wurde als Hilfsmittel benutzt, um wichtige Themen zu erfragen, diktierter aber nicht die Reihenfolge. Diese wurde flexibel gehalten,</p>	<p>Aus der Analyse ergeben sich 8 Schlüsselthemen, welche auf 3 Hauptthemen aufgeteilt wurden.</p> <p>Die Essstörung verstehen - <i>Langsame Erkenntnis</i> Für die meisten Eltern war die Erkenntnis, dass ihr Kind an einer Essstörung leidet, ein langsamer Prozess. Obwohl ihnen ein auffälliges Essverhalten auffiel, brachten sie dies zuerst nicht mit A.N. in Verbindung. Ein Elternteil sagt aus, dass sie dachte, dies gehöre zum Teenagerdasein. Viele Eltern nennen auch zu geringes Wissen über die Krankheit, um es im Anfangsstadium überhaupt in Verbindung mit dem Verhalten ihres Kindes zu bringen. Die Erkenntnis kam erst, als die Situation aus dem Ruder lief. Dies löste bei den meisten Eltern Schuldgefühle aus, dass sie es nicht früher erkannten. Einige Eltern erzählten auch, dass die Hausärzte die Krankheit nicht erkannten und es oft auf die Pubertät zuschoben. Dieses Versagen der Hausärzte liess die Eltern entmutigen und das Vertrauen in das Gesundheitspersonal sank.</p> <p>- <i>Analysieren der Krankheit</i> Alle Eltern gaben an, die Essstörung ganz genau verstehen zu wollen. Die meisten waren motiviert, eine Lösung zu finden und Schlimmeres zu verhindern. Sie versuchten, den Grund für die Krankheit zu finden, fanden aber keinen eindeutige Ursache, sondern verschiedene Faktoren. Kürzliche Konflikte oder stressige Situationen wurden dabei ge-</p>	<p>Schlussfolgerungen: Aufgrund dieser Resultate schlagen die Forscher vor, dass professionelles Gesundheitspersonal vor allem in der Grundversorgung schneller und effizienter reagieren sollten, wenn sie mit einem Kind mit A.N. konfrontiert werden. Werden die ersten Anzeichen nicht ernst genommen, geht wertvolle Zeit für die Therapie verloren.</p> <p>Eine zweite wichtige Erkenntnis ist, dass Eltern die Krankheit verstehen wollen und herausfinden wollen, weshalb ihr Kind erkrankt ist. Das Gesundheitspersonal sollte hier den Eltern bei der Suche nach dem Verständnis der Krankheit helfen, zum Beispiel mit einfachen ätiologischen Modellen basierend auf psychosozialen Theorien von möglichen Ursachen.</p> <p>Eine dritte Erkenntnis der Studie ist, dass die Krankheit des Kindes einen enormen Einfluss auf das Familienleben hat und einen normalen Alltag unmöglich macht. Dieser lebendige Albtraum erschöpft die Eltern physisch wie auch psychisch. Dem sollte sich das Gesundheitspersonal bewusst sein.</p>

	<p>um möglichst viel aus den Interviews rauszuholen. Alle Teilnehmer wurden einzeln befragt, einige wünschten, den Partner beim Interview dabeizuhaben. Der erfahrenste Autor der Studie hat die Interviews durchgeführt.</p> <p>Datenanalyse: Die Interviews wurden verbatim transkribiert und mittels interpretativer phänomenologischer Methode analysiert. Die Analyse der Transkripte wurde anhand der Schritte von Smith et al. (1999) durchgeführt. Dazu wurden die Transkripte mehrmals gelesen und anschliessen Schlüsselthemen definiert. Diese Schritte wurden für jedes Transkript mehrmals wiederholt.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen wurden von den Forschern nicht diskutiert.</p>	<p>nannt oder auch der persönliche Charakter des Kindes. Allerdings blieben die meisten Eltern verwirrt.</p> <p>Die Auswirkung der Essstörung</p> <p><i>Das bedrohliche Monster</i> Alle Eltern berichten, dass die A.N. eine dramatische, negative Auswirkung auf ihr Kind hatte. Die Eltern hatten Angst, dass die Krankheit die Kontrolle über das Kind nahm. Viele Eltern erzählten auch, dass ihr Kind seinem Charakter untypisch handelte oder sich verhielt, um zu verhindern, an Gewicht zuzulegen. Sie verloren das Vertrauen in ihre Kinder, was sie traurig stimmte.</p> <p><i>Hohe Einsätze</i> Alle Eltern sprachen grosse Sorge über den Zustand ihres Kindes aus. Einige mussten sich mit dem möglichen Verlust ihres Kindes auseinandersetzen und äusserten Todesangst. Neben der Angst um die Gesundheit des Kindes kam auch die Sorge hinzu, dass ihr Kind das soziale Leben verpassen würde.</p> <p><i>Ein lebendiger Albtraum</i> Für die meisten Eltern war es ein wahrer Albtraum, der anhält. Die Krankheit war allgegenwärtig und überwältigend, ohne absehbares Ende. Das Familienleben war durch die Krankheit gestört. Alles drehte sich ums Ernähren des Kindes. Sie versuchten etwas Normalität in den Alltag zu bringen, fanden dies aber oft zu schwierig. Des Weiteren nannten Eltern, persönliche Dinge liegen gelassen zu haben, sie hatten keine Zeit mehr für sich persönlich. Die Mahlzeiten wurden extrem belastend und wurden zum Teil wie ein Schlachtfeld angesehen, was auch negative Auswirkungen auf die Geschwister hatte.</p>	<p>Deshalb sollten die Eltern in die Therapie integriert werden, da dies für die Eltern wie auch für den Krankheitsverlauf der Kinder hilfreich ist. Viertens heben die Resultate hervor, wie schwierig das Coping mit der Krankheit ihrer Kinder für die Eltern ist. Auch hier spielt das Gesundheitspersonal eine wichtige Schlüsselrolle, um den Eltern zu helfen, einen Weg zu finden, mit der Krankheit umzugehen und bei Entscheiden zur Seite zu stehen.</p> <p>Die Forscher erwähnen, dass eine Stärke der Studie ist, dass Mütter sowie auch Väter befragt wurden. Allerdings weisen sie daraufhin, dass alle Teilnehmer aus dem gleichen Setting und gleicher Herkunft stammen, obwohl bekannt ist, dass A.N. in allen Schichten vorkommt. Eltern anderer Herkunft könnten andere Erfahrungen gemacht haben, als die Eltern dieser Studie. Ausserdem sind alle Kinder der Teilnehmenden in einem Spezialzentrum in Behandlung.</p> <p>Ein wichtiges Schlüsselergebnis ist die Wichtigkeit der Unterstützung der Eltern durch das Gesundheitspersonal, um zum Beispiel Eltern eine Plattform zu bieten, um mit anderen betroffenen Eltern in Kon-</p>
--	--	--	--

		<p>Dadurch fühlten sich die Eltern nebst der Sorge auch persönlich physisch und psychisch erschöpft.</p> <p>Umgang mit der Essstörung und deren Einfluss</p> <p><i>Man kann es nicht erzwingen</i></p> <p>Die Eltern beschreiben, wie sie versuchten das Kind zu ermutigen Gewicht zuzulegen, aber sie konnten es kaum beeinflussen. Sie empfanden die Ablehnung und die fehlende Motivation ihrer Kinder als extrem hinderlich. Die Eltern fühlten sich machtlos, da sie nichts tun konnten. Die meisten wünschten sich deshalb, dass ihr Kind eine physische Krankheit hatte, damit sie Medikamente geben könnten. Deshalb suchten sie Hilfe bei Spezialisten, wo sie angaben, guten Rat erhalten zu haben.</p> <p><i>Kontrolle übernehmen</i></p> <p>Obwohl viele Eltern das Gefühl hatten, das Kind nicht beeinflussen zu können, fanden sie es wichtig, trotzdem die Kontrolle zu übernehmen. Dies äusserte sich darin, dass sie gegenüber ihrem Kind stark sein wollten und gemeinsam mit dem Partner eine starke Front darstellen. Sie wurden hochorganisiert und strukturiert, was die Mahlzeiten anbelangten – auch gegen den Willen der betroffenen Tochter.</p> <p>Nach vorerstigem Widerstand, glaubten einige Eltern, Erleichterung ihres Kindes wahrzunehmen, dass die Eltern Kontrolle übernahmen. Dies war ein heikler und langwieriger Prozess. Trotz all dieser Probleme äusserten die Eltern, keine andere Wahl gehabt zu haben als Kopf hoch und weiter zu machen, da sie sonst ihr Kind verloren hätten.</p> <p><i>Unterstützung und Verständnis</i></p>	takt zu treten.
--	--	--	-----------------

		<p>Das Verständnis und die Unterstützung des Kindes nannten die Eltern als wichtige Copingstrategie. Viele erhielten Hilfe von Ausen, einige hatten aber auch Schwierigkeiten, Hilfe zu finden. Einigen wurde im Spital zwar gesagt, sie bräuchten mehr Unterstützung, es wurde ihnen aber keine konkrete Lösung angeboten.</p> <p>Trotz angebotener Unerstützung fühlten sich viele Eltern nicht verstanden.</p> <p>Wertvoll war der Austausch mit anderen betroffenen Eltern. Sie wünschten sich, mehr Gelegenheiten dazu zu erhalten. Viele äußerten die Idee zum Beispiel ein nationales Register, über das sich betroffene Eltern kontaktieren könnten.</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Cottee-Lane, D., Pistrang, N., & Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European eating disorders review*, 12(3), 169-177. doi:10.1002/erv.560

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine pflegerelevante Forschungsfrage, da die Pflegepersonen im Behandlungsprozess involviert sind und um zu helfen wissen sollten, wie sich die Familie fühlt (Familienzentrierte Pflege)</p> <p>Das Ziel der Studie, wie die Eltern die A.N. ihres Kindes erleben und welchen Einfluss die Krankheit auf sie und die Familie hat, ist klar beschrieben.</p> <p>Das Thema wird anhand aktueller Literatur eingeführt.</p>	<p>Design: Der qualitative phänomenologische Ansatz der Studie ist logisch und nachvollziehbar, da so detaillierte Beschreibungen der Erlebnisse der Eltern aus deren Perspektive generiert werden.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobengröße ist für diese Forschungsfrage eher klein, da innerhalb der Stichprobe 4 Paare befragt wurden, was die Stichprobe auf 7 verschiedene Familien reduziert. Es wird plausibel begründet, weshalb nicht mehr Teilnehmer generiert werden konnten. Das Verhältnis zwischen befragten Vätern und Müttern fällt leicht zu Gunsten der Mütter aus, was nachvollziehbar begründet wird. Die Stichprobe ist für eine westliche Population repräsentativ und kann auf andere Länder der ersten Welt übertragen werden. (Verschiedene westliche Religionen sind vertreten) Die Teilnehmenden werden detailliert beschrieben, mögliche Einflussfaktoren wie die Zufriedenheit mit der eigenen Partnerschaft werden mittels eines Tests ermittelt.</p> <p>Datenerhebung: Die Vorgehensweise der Datenerhebung werden genau beschrieben und nachvollziehbar gemacht.</p> <p>Datenanalyse: Die Forscher sind sich bewusst, dass es bei einem phänomenologischen Vorgehen Interpretation des Forschers involviert sind, welche sich nicht verhindern lassen. Die Analysemethode wird klar referenziert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden mit aussagekräftigen Zitaten der Interviewten ergänzt.</p> <p>Die Forscher haben die Aussagen in drei Hauptkategorien mit jeweils zwei bis drei Unterkategorien aufgeteilt, welche logisch nachvollziehbar sind. Allerdings kommt es zwischen diesen Kategorien oft auch zu inhaltlichen Überschneidungen.</p> <p>Der Ergebnisteil ist sehr ausführlich dargestellt und weist eine hohe Dichte an gefundenen Daten auf.</p> <p>Die Ergebnisse beantworten die aus dem Ziel der Studie abgeleitete Forschungsfrage und tragen zum Verständnis des Phänomens bei.</p>	<p>Die Forscher reflektieren ihre Ergebnisse kritisch und nennen einige Limitationen. So weisen sie daraufhin, dass die Teilnehmer selbst ausgesucht wurden und alle Kinder der Teilnehmer in der Spezialklinik in Behandlung sind. Des Weiteren haben alle Eltern einen ähnlichen Hintergrund und dieselbe ethnische Herkunft, was eine Übertragung der Ergebnisse auf andere Populationen zum Beispiel der zweiten oder dritten Welt unmöglich macht. Wegen der kleinen Stichprobe konnten womöglich weitere interessante Variablen nicht untersucht werden. Mit genannten Limitationen im Kopf können Themen, welche aus den Befragungen resultierten, für die Praxis hilfreich sein. So zum Beispiel die Wichtigkeit der Unterstützung der Eltern durch das Gesundheitspersonal. Diese Ergebnisse werden auch mittels bereits vorhandener Literatur unterstrichen.</p> <p>Die Schlussfolgerungen spiegeln die Ergebnisse der</p>

	<p>Durch die immer wiederholende Vorgehensweise der Analyse wird der Forschungsprozess laufend reflektiert und überprüft.</p> <p>Ethik: Ethische Fragen wurden von den Forschern nicht aufgenommen. Es wird nicht bewusst, in welcher Beziehung die Teilnehmer und Forschenden zueinander stehen.</p>		<p>Studie. Das Evidenz-Level der Studie ist gemäss Di Censcio (XX) auf dem untersten Level.</p>
--	--	--	---

Güte/ Evidenzlage: Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of the views of parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379. doi:10.1080/10640260591005254

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie erfasst die Sichtweise der Eltern welche ein Kind haben mit A.N.</p> <p>Die Forscher beachten es als wichtig, diese Sicht zu erfassen da Eltern oft in die Behandlung der Betroffenen involviert sind, weil die Betroffenen dazu tendieren, dass sie professionelle Hilfe abweisen und dafür die Unterstützung der Eltern brauchen, sowie weil Eltern zu Hause täglich mit der Krankheit konfrontiert sind und täglich ihre Kinder unterstützen.</p> <p>Forschungsfrage: Wie Erleben Eltern eines Adoleszenten mit A.N. die Therapie?</p>	<p>Stichprobe: Purposive Sampling. Ein zweckmässiges Sampling entsteht mittels der Rekrutierung von Eltern von Teenagern welche behandelt werden wegen A.N. Die Stichproben Strategie wurde bewusst so gewählt, um die verschiedenen Behandlungsstadien der Betroffenen miteinbeziehen zu können, da die Forscher davon ausgehen, dass dies einen Einfluss haben könnte auf die Aussagen der Eltern.</p> <p>Einschlusskriterien der Teilnehmer war, dass die Behandlung der Teenager maximum drei Jahre zurückliegen darf, weil man davon ausgeht, dass durch die Verjährung die Erinnerungsfähigkeit der Eltern vermindert wird. Die Stichprobe beinhalten drei Mütter und drei Väter welche durch eine Jugendpsychiatrie aus Zentralengland rekrutiert wurden in welcher deren Kinder stationär behandelt wurden. Weiter wurden fünf Mütter und zwei Väter über eine Selbsthilfegruppe in Südwestengland rekrutiert.</p> <p>Datenerhebung: Halbstrukturierte Interviews. Basierend auf der Erfahrung und Vorarbeit der Forscherin und von bereits existierenden Studien. Sechs Elternpaare wurden gemeinsam interviewt, zwei Mütter alleine. Interviews wurden Wort für Wort transkribiert. Alle Interviews wurden zu Hause durchgeführt, ein Interview in der Klinik. 1 bis 2 Stunden pro Interview, die Forscherin führte sie durch.</p> <p>Datenanalyse: Jeder transkribierte Satz wurde analysiert und in Themen gebündelt. D.h. die Aussagen wurden zusammengefasst. Mittels Computerprogramm Atlas-Ti wurden die Themen in Hauptthemen grup-</p>	<p>Teilnehmer sind weiss und aus der Mittelschicht. Alle haben eine Tochter welche die Diagnose A.N. haben oder hatten und welche stationär- wie auch ambulante Therapie erhalten oder damals erhalten haben. Die Teenager sind zur Zeit der Behandlung zwischen 13 und 18 Jahre alt und befinden sich zum Zeitpunkt des Interviews (mit den Eltern) in verschiedenen Behandlungsstadien. Vom Beginn bis zum Ende der Therapie, die einen Jugendlichen haben die Behandlung zum Zeitpunkt des Interviews bereits 3 Jahre hinter sich.</p> <p>Zugang zu professioneller Hilfe</p> <p>Wenn die A.N. sich beginnt zu manifestieren, beginnen die Eltern zu realisieren, dass sie nicht fähig sind, die Situation vollständig alleine zu copen und sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollten. Die Eltern geben in den Interviews an, oft Müde, demoralisiert und haben Bedenken über die Zukunft der Tochter.</p> <p>Hausärzte: Nur 1 Elternpaar berichtet davon, dass der Hausarzt ihre Bedenken sofort als berechtigt akzeptiert. Eine andere Mutter erzählt von dem Gefühl, dass ihr Hausarzt sie behandelte als würde sie überreagieren. Des weiteren werden Fehldiagnosen wie Pfeifferisches Drüsenfieber und Prüfungsstress gemacht. Die meisten Eltern mussten mehrmals zum Hausarzt, währenddem sich der Zustand der Tochter verschlechterte.</p> <p>Eltern berichten über Schocksituationen während der Diagnosestellung. Sie berichten dass sie nicht viel über die Krankheit wussten und Angst hatten davor, was noch kommt. Nur</p>	<p>Anorexia nervosa entmachtet Eltern von Betroffenen. Zum einen weil sie unfähig sind die Krankheit selber zu stoppen und sich an Gesundheitsfachpersonen wenden müssen, zum anderen wegen schlechter Informationsgabe bezüglich Krankheit, Behandlungsoptionen sowie Verlauf. Und auch weil zu Beginn ihre Bedenken von Gesundheitsfachpersonen nicht angemessen ernst genommen wurden und die Betroffenen erst als der Zustand der Krankheit fortgeschritten war, angemessene Behandlung erhielten.</p> <p>Das Ergebnis, dass die Gesundheitsfachpersonen nicht genügend über den Gesundheitszustand der Betroffenen informierten wird auch in anderen Studien berichtet.</p> <p>Das Gefühl der Eltern welches entsteht durch wenig Information und Feedback von Gesundheitsfachpersonen könnte erklären, weshalb die Eltern so begeistert sind von Familientherapie, diese gibt ihnen die Chance eine Rolle in der Behandlung des Betroffenen einzunehmen.</p> <p>Es muss nicht die Familientherapie per se sein welche die Eltern so schätzten, jedoch</p>

	<p>piert. Für die Validierung bekamen die TN eine Kopie der Resultate um diese auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.</p> <p>Zusätzlich wurden die Transkripte von einer unabhängigen Forscherin durchgelesen um zu gewährleisten, dass die Resultate aus den gesammelten Daten entnommen wurden.</p> <p>Ethik: Eine ethische Genehmigung für die Studie wurde von einem zuständigen Komitee eingeholt. Forscherin holte schriftliche Bestätigung der Teilnehmer ein.</p>	<p>wenige TN kannten bereits eine Person mit A.N. Niemand erhielt Informationen über A.N. von dem Hausarzt.</p> <p>Eltern mussten selbst Informationen suchen, sie beschrieben sich als Selbstgemachte-Experten.</p> <p>Ein Vater erzählt, dass wenn er nicht die Ressourcen gehabt hätte wie Freunde mit Erfahrung, die Möglichkeit der eigenen Literatursuche im Internet, wüsste er nicht was mit seiner Tochter passiert wäre weil ihnen niemand gesagt habe, was nach der Diagnose zu tun sei.</p> <p>Telefone mit Helplines und diversen Psychotheapisten sowie Pflegeexpertinnen konnten nicht weiterhelfen oder wiesen daraufhin, dass sie sich nicht mit A.N. auskennen. Auch Sozialarbeiter oder Schulpsychologen wurden als keine grosse Unterstützung erfahren.</p> <p>Die Hospitalisation der Tochter erfuhren die Eltern als kurzweilige Entlastung. Nach einer Zeit war die Tochter jedoch wieder permanent in deren Gedanken. Schuldgefühle waren vorhanden. Ermüdend war zusätzlich, wenn die Therapie weiter weg war. Eltern äussern Schwierigkeiten, weil sie nicht für alle Kinder gleichviel da waren.</p> <p>Einstellung bezüglich Psychosozialen Intervent.</p> <p>Fast alle Eltern schätzen die Familientherapie weil es ihnen die Möglichkeit, sich in einem geschützten Rahmen zu äussern. Auch die Probleme welche zu Hause waren wurden angesprochen. Die Eltern hätten jedoch geschätzt, wenn die Therapie nicht immer mit der Tochter zusammen war, dann hätten sie sich unbefangener ausdrücken können.</p> <p>Begegnungen mit Professionellen</p> <p>Trotz den vielen negativen Erfahrungen bezüglich Feedbacks von den diversen unterschiedlichen Gesundheitsfachpersonen über</p>	<p>gab diese Behandlungsform ihnen eine Chance welche sie wirklich geschätzt haben.</p> <p>Eltern erzählten, dass ihr Kind anspruchsvoll sein kann und als Konsequenz die Familie zerreißen kann. Dies besagt auch die Studie von Treasure et al., welche Eltern über ihr Erleben befragt.</p> <p>Diese Forschung wollte Einsicht geben, in die Erfahrungen von Eltern mit einem Kind welches sich in Behandlung gegen AN. Befindet. Solche welche nicht an der Studie teilgenommen haben, würden eventuell etwas anderes erzählen. Die Eltern der Studie haben eventuell mehr Selbstvertrauen und mehr Impuls ihre Geschichte erzählen zu wollen und öffentlich zu machen.</p> <p>Für zukünftige Forschung wäre es interessant, wie es Eltern geht mit einem erkrankten Sohn.</p> <p>Gemäss einer früheren Studie ist es wichtig, die Sicht der Eltern zu erfahren, weil sie eine fundamentale Rolle in der Behandlung der Betroffenen spielen.</p>
--	---	---	--

		<p>den Zustand der Tochter, hatten doch alle mindestens eine Gesundheitsfachperson, auf welche sie sich verlassen konnten und welche ihre Fragen beantworten konnten. Erwähnt wird eine Kinderärztin, eine Ernährungsberaterin oder ein Psychologe mit Spezialisierung auf Essstörungen.</p> <p>Fortschritt in der Therapie</p> <p>Die Eltern erzählen, dass sie nicht damit gerechnet haben, dass der Genesungsprozess so viel Zeit in Anspruch nimmt. Falsche Vorstellungen der Eltern bezüglich ersichtlicher Fortschritte in absehbarer Zeit führten zu Frustration. Die Eltern fühlten sich nicht vorbereitet für die enorme Zeit welche die Genesung in Anspruch nahm.</p> <p>Eltern erzählen dass ihre Kinder durch die Behandlung eine optimistischere Einstellung erhielten. Dies ermöglichte den Eltern Momente in welchen sie ihr eigenes Leben wieder genießen konnten mit weniger Gedanken an die Essstörung, jedoch immer mit dem Hintergedanken, dass ein Rückfall möglich ist.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie: Tierney, S. (2005). The treatment of adolescent anorexia nervosa: A qualitative study of the views of parents. *Eating Disorders*, 13(4), 369-379. doi:10.1080/10640260591005254

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie geht auf ein wichtiges Thema ein. Der Bedarf an Wissen des Phänomens "Sichtweise der Eltern bezüglich Therapie von A.N." wird klar beschrieben.</p> <p>Die Forschungsfrage ist klar formuliert, lässt auf das Ziel der Arbeit schliessen. Die Thematik bezüglich Anorexia nervosa sowie der Einbezug der Eltern wird nicht mit Literatur begründet.</p>	<p>Auf das Design wird nicht eingegangen. Es wird jedoch von der gewählten Stichprobenziehung gesprochen. Die zweckmässige Stichprobenziehung ist für den qualitativen Ansatz angebracht. Die Stichprobe ist repräsentativ, wenn man davon ausgeht, dass die Population mittelständige Eltern aus der ersten Welt sind, welche ein Kind haben welches sich in Behandlung wegen A.N. befindet.</p> <p>Stichprobensättigung: Die Forscher rekrutierten so lange, bis sie eine Datensättigung erlangten, sprich, bis sie keine neuen Themen mehr zu Tage kamen von den neuen Teilnehmern. Aus diesem Grund ist die Stichprobengrösse ausreichend obwohl die Forscherin dazu nichts schrieb. Die Forscherin schreibt ausführlich über die Teilnehmenden, jedoch beschreibt sie im ersten Teil des Ergebnisteil weitere Merkmale der Teilnehmenden.</p> <p>Bezüglich Anzahl Teilnehmer wird im Text etwas nicht beschrieben. Zuerst nennen sie die Anzahl rekrutierten Eltern aus Zentral und Südwest England, welche total 13 Personen sind und etwas später erzählen sie von 6 Eltern Paaren (Mutter und Vater) und zwei Müttern welche einzeln interviewt werden. Dies wären dann 14 Personen was darauf rückschliessen lässt, dass der Forscherin ein Fehler unterlaufen ist.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Datenerhebung geht es um menschliches Erleben, deshalb ist die Interviewform als methodische Vorgehensweise zur Datenerhebung angebracht. Die Vorgehensweise der Interviews wird ausführlich beschrieben. Bei der Beschreibung der Entstehung des Interviewleitfadens</p>	<p>Die Teilnehmer werden zu Beginn des Resultateils beschrieben, dies gehört aber n den Methodenteil.</p> <p>Die Ergebnisse werden durch die Forscherin gut verständlich zusammengefasst und mit einzelnen Zitaten unterstrichen. Die Ergebnisse sind reichhaltig und detailliert dargestellt und nachvollziehbar in ihrer Bedeutung. Die Kategorien welche die Forscherin bildet sind nachvollziehbar, jedoch sind sich die Aussagen von dem ersten sowie dem letzten Oberthema sehr ähnlich.</p>	<p>Im ersten Teil der Diskussion werden die Ergebnisse kurz zusammengefasst was dem Verständnis des Phänomens 'Erleben' von Eltern eines Adoleszenten mit AN. Während der Therapie. Die Ergebnisse geben Antwort auf die Forschungsfrage. Die Ergebnisse werden mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht und diskutiert. Es werden Rückschlüsse und weitere Forschungsideen basierend auf den Resultaten gemacht. Diese erscheinen angemessen und sinnvoll.</p> <p>Im Diskussionsteil erwähnen die Forscher ihr Bewusstsein darüber, dass sie keine Eltern mit einem erkrankten Sohn im Sampling haben. Sie erwähnt auch, dass dies Auswirkungen auf die Resultate haben könnte.</p> <p>Der Evidence-Level der Studie befindet sich gemäss Dinceno auf der untersten Stufe.</p>

	<p>fehlen Quellenangaben. Darauf dass Eltern als Paar gemeinsam interviewt werden, wird nicht eingegangen. Es wird nicht beschrieben, ob Eltern dies gewünscht haben, könnte einen möglichen Bias verbergen gerade auch was den Erziehungsstil sowie die Auswirkungen auf das Familienleben beinhaltet verbergen.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben. Es wird genau beschrieben, wie die Resultate in Hauptthemen gebündelt werden. Die Überprüfung der Validität wird beschrieben. Die Glaubwürdigkeit der Analyse wird sichergestellt mit dem genauen Beschreiben des Ablaufes.</p> <p>Ethik: Neben der schriftlichen Bestätigung der TN für die Transkription der Interviews sowie der Genehmigung des Forschungsvorhabens durch ein zuständiges Komitee werden auf keine weiteren ethischen Aspekte eingegangen. Abgesehen von einem kurzen Überblick über die Forscherin selbst, welche zum Thema A.N. einen persönlichen Bezug hat. An dieser Stelle wird von der Forscherin erwähnt, dass die Möglichkeit besteht, dass ihr eigener Bezug zum Thema die Daten möglicherweise beeinflusst haben, jedoch wurden Schritte unternommen, diesen Bias so gut wie möglich zu reduzieren. (TN wurden gebeten die Resultate gegenzu lesen). So meint die Forscherin sicherzustellen, dass sie die Daten nicht überinterpretiert hat oder wichtige Themen ausgelassen hat.</p>		
--	---	--	--

Güte/ Evidenzlage: Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009)

Zusammenfassung der Studie: Carlton, P., & Pyle, R. (2007). A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise specified. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 11(1), 9-15. doi:10.1080/13651500600810968

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/Zweck: Die Studie untersucht den Effekt von Multidisziplinärer Betreuung und Unterstützungsprogramm für Eltern von Adoleszenten mit A.N.</p> <p>AN wird immer verbreiteter in den United States. AN ist die drittmeiste chronische Krankheit bei Adoleszenten Mädchen nach Übergewicht und Asthma.</p> <p>Diverse Studien berichten, dass die Behandlung von betroffenen Adoleszente positiv verlaufen kann, wenn die Behandlung einen familientherapeutischen Ansatz hat und die Eltern in das Behandlungsteam integriert werden und somit auch zu Hause ein enges Zusammenarbeiten zwischen Eltern und Professionellen stattfindet.</p> <p>Obwohl dieser Ansatz vielversprechend tönt, braucht es mehr. Die Ernährung der Betroffenen ist extrem herausfordernd. Eltern sind (gemäss einer Untersuchung der Forscher mittels Fokusgruppen) trotz den besten Anstrengungen nicht gut genug vorbereitet für die Komplexität der Situation.</p> <p>Diese Studie evaluiert den Ef-</p>	<p>Spital: Medizinische Station mit Psychiatrieanteil in einem Pädiatrischen Spital.</p> <p>Evaluation des Bedürfnis Ein unabhängiger Moderator versuchte im Dezember 2011, mittels zwei Fokus Gruppen bestehend aus Eltern von betroffenen Patienten aus dem Spital herauszufinden, ob ein Bedürfnis für eine Elternausbildung und ein Unterstützungsprogramm ergänzend zur bereits bestehender Familientherapie bestand. Es zeigte sich, dass viele der Eltern die Therapie ihrer Kinder nicht vollends verstehen. Weiter fühlten sie sich nicht bereit, die Verantwortung für die Ernährung zu Hause zu übernehmen. Eltern wünschten sich ein Coaching/Ausbildung während ihre Kinder hospitalisiert sind.</p> <p>Intervention Auf den Resultaten der Fokusgruppe basierend, wurde das Parent Education and Support Programm (PESP) von den Forschern entwickelt. Dieses Programm unterstützt Eltern mit psychiatrischen, ernährungstechnischen und medizinischen Edukationen sowie einer emotionalen Unterstützung.</p> <p>3 Komponenten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Eltern bekommen beim Eintritt der Patientin den Text: „Understanding Eating Disorders: a guide for parents“ in welchem medizinische, ernährungsbedingt und psychische Risiken sowie Behandlungsmethoden beschrieben wer- 	<p>29 Themen wurden registriert im PESP. 88 Fragebögen wurden per Mail zur potentiellen Kontrollgruppe gegeben und 53 (60%) kamen zurück.</p> <p>Resultate der vergleichenden Analyse zeigt, dass Eltern welchen die Edukation und das Unterstützungsprogramm angeboten wurde, fühlten sich signifikant mehr informiert über Behandlung als Eltern ohne diese Unterstützung.</p> <p>Eltern mit Unterstützung fühlten sich auch signifikant weniger ausgeschlossen von der Therapie als die anderen Eltern. Zusätzlich fühlten sich die Unterstützten Eltern mehr vorbereitet um ihr Kind nach Hause zu nehmen.</p> <p>Letztlich äusserten diese Eltern auch signifikant bessere Ideen bezüglich Essen zu Hause zu haben.</p>	<p>Diese Studie deutet daraufhin, dass das Angebot von multidisziplinärer Edukation und Unterstützung der Eltern von Kindern und Adoleszenten mit AN oder EDNOS Eltern hilft, sich mehr in die Behandlung integriert zu fühlen, mehr Wissen über den Behandlungsplan zu haben und besser versorgen zu können nach dem Spitalaustritt.</p> <p>Da mehr Institutionen mit familienbasierten Behandlungsansätzen arbeiten, kann ein Programm wie PESP eventuell belegen, wie wichtig der Ansatz ergänzend zu bereits bestehender Ansätzen wie Medizin und Psychiatriebehandlung ist.</p> <p>Mehr Forschung ist indiziert auch um diese Resultate auf ambulante Patienten zu übertragen und die Mortalitäts- und Morbiditätsrate zu senken.</p> <p>Es ist erstaunlich, wie wenig Forschung in dem Gebiet bis jetzt gemacht wurde. Obwohl die Literatur klar beschreibt, dass diese jungen Menschen und ihre Familien gewaltige Erfahrungen machen mit der Erkrankung.</p>

<p>fekt von multidisziplinärer Betreuung und emotionaler Unterstützungsprogramme für Eltern von Adoleszenten mit AN und EDNOS in einem medizinisch stationären Programm. Die Forscher untersuchen den Einfluss des Programmes auf die Eltern bezüglich, wie sie sich einbezogen fühlten in die Pflege der Betroffenen, ob sie sich bereit gefühlt haben für die Entlassung und wie ihr Wissenstand zur Therapie der Krankheit ist.</p>	<p>den</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Eltern Unterstützungsgruppe Geleitet von einem Psychologen, für Eltern von stationären und ambulanten Patienten des Behandlungsprogrammes. Ein Raum für offene Worte von Eltern haben hier Platz. Durchschnittlich nahmen 3 Eltern teil. • Wöchentliche Medizinische Fragen-und-Antwort Runde Um jegliche Fragen der Eltern über die Behandlung oder die Krankheit zu beantworten. Durchschnittlich 3 Eltern <p>Drei Verbesserungen des stationären Behandlungsprogrammes wurden als Resultat auf die Auswertung der Fokus Gruppen gestaltet. Von da an nahmen alle Eltern an</p> <ul style="list-style-type: none"> • einem detaillierten Eintrittsgespräch teil, • mindestens drei Familienmahlzeiten wurden vor dem Austritt eingenommen (Eltern und Betroffene essen zusammen mit Staff supervision) • eine detaillierte Austrittsbesprechung bei welchem ein Hometreatmentplan inklusive Menüplan und einem medizinischen und psychiatrischen Nachbehandlungsplan besprochen wird <p>Design Nachdem finanzielle Mittel für die Implementierung und Evaluierung von PESP zugesichert wurden leitete ein Psychologe die Fall Gruppe. Ein fünfseitiger Fragebogen diente als Evaluationstool um das Wissen der Eltern über Essstörungen, die Zufriedenheit über die Involvierung der Eltern sowie das</p>		
--	--	--	--

	<p>‚Parat sein‘ für den Austritt, zu evaluieren. Der Fragebogen wurde basierend auf den erkannten Mängeln der Fokusgruppe erstellt. Es wurde mit der Sevenpoint-Likert Skala bewertet wobei 0=überhaupt nicht einverstanden und 6=sehr einverstanden bedeutete.</p> <p>Der Test startete am 15. Juli 2003. Eine Fall-Kontroll-Studie wurde gemacht mit vorausblickenden Fällen und rückblickenden Kontrollen.</p> <p>Stichprobe Eltern von adoleszenten Patienten mit AN oder EDNOS welche sich im Lucile Packard Children's Hospital in Stanford's zwischen Juli 2003 und Janura 2014 vorgestellt haben. Es wurden nicht nur AN Pat. eingeschlossen. Eltern mussten Englisch als Muttersprache haben. TN konnten alle Themen von PESP anhören, ihre Teilnahme war jedoch freiwillig. Die TN mussten den Fragebogen bis zum Austritt abgeben. 89% der Patienten waren weiblich, Durchschnittliches Alter 14.2 Jahre.</p> <p>Datenanalyse Streuungen der Variablen wurden auf Normalverteilung geprüft. Alle Errors wurden mit rohen Daten überprüft und korrigiert. Ein chi-square Test wurde für die Festlegung ob Gruppen beim Geschlecht abweichen oder bei der Diagnose.</p> <p>Ergebnisvergleiche wurden mit dem t-test gemacht.</p>		
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Carlton, P., & Pyle, R. (2007). A program for parents of teens with anorexia nervosa and eating disorder not otherwise specified. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 11(1), 9-15. doi:10.1080/13651500600810968

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie geht auf ein wichtiges Thema ein. Die Forschungsfrage wird nicht direkt beschrieben, lässt sich jedoch aus dem detailliert und verständlich formulierten Ziel der Studie ableiten.</p> <p>Ein Bezug zu aktueller empirischer Literatur ist vorhanden und differenziert.</p>	<p>Design: Eine Retrospektive Fall-Kontrollstudie. Das Design passt zur Forschungsfrage. Die Studienteilnehmer wurden nicht selektiv in zwei Gruppen eingeteilt, was ein mögliches Selektionsbias nicht ausschliesst.</p> <p>Stichprobe: Die Samplegrösse ist total 82 was für das quantitative Studiendesign eine gewisse Repräsentativität zulässt. Das Sample ist repräsentativ für die Population. Die Vergleichsgruppe ist gleich wie die Interventionsgruppe. Nur halt waren deren Kinder 1-2 Jahre früher hospitalisiert als die Kinder der Interventionsgruppe. Da es sich um ein junges Forschungsgebiet handelt, gibt es kaum Erfahrungswerte und es werden keine Sample Size Calculations durchgeführt.</p> <p>Datenerhebung: Nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Zweistichproben t-Test mit den ermittelten Mittelwerten der voneinander unabhängigen Stichproben der beiden Gruppen.</p> <p>Ethik: Die Unabhängigkeit der Forscherinnen wird angesprochen.</p>	<p>Die Ergebnisse sind in einer Aufzählung dargestellt und kurz gehalten was es dem Leser angenehm macht und er sich schnell einen Überblick verschaffen kann. Sie sind vollständig aufgezählt, wird nichts zusätzlich erwartet nach dem Lesen des Methodenteils.</p>	<p>Alle Resultate werden diskutiert und von den Forscherinnen interpretiert.</p> <p>Die Ergebnisse sind gut in die Praxis umsetzbar, vor allem die Interventionen, welche in einem vorherigen Schritt gemacht wurden sind wichtig, dass sie beschrieben sind, da auch diese Interventionen für die Praxis von Wichtigkeit sind und umgesetzt werden können.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung der Studie: Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18(2), 122-130. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es ist bekannt, dass Familien von Personen mit Essstörungen unter Schwierigkeiten und Stress leiden. Es wurde erkannt, dass sie grosse Hilfe nötig haben, diese jedoch nicht durch das Gesundheitssystem gewährleistet oder realisiert wird.</p> <p>Es wird erkannt, dass Interventionen benötigt werden, welche die Familien bilden und unterstützen. Familienmitglieder spielen eine wichtige Rolle der Therapie der Personen mit einer Essstörung und können einen grossen Beitrag dazu leisten, wenn sie die dafür nötige Unterstützung erhalten (→ nicht nur Hilfe für Angehörige, sondern auch positiver Effekt auf die Erkrankten!)</p> <p>Eltern finden es wichtig, Hilfe für ihr emotionales Leiden und ihre emotionale Reaktion auf die Krankheit zu erhalten. Auch empfinden sie es als wichtig, Hilfe, um ihr Erlebnis in Bezug auf die Konsequenzen und deren Einfluss auf die Familie zu erhalten.</p> <p>Familienselbsthilfegruppen</p>	<p>Design: Es handelt sich um ein Pre-Post-Design. Aufklärende und unterstützende Interventionen, bestehend aus vier Gruppensitzungen, wurden wöchentlich durchgeführt. Teilnehmer wurden aufgefordert vor und nach den Sitzungen drei genehmigte Fragebögen auszufüllen: Den level of expressed emotional scale (LEE), den Familienfragebogen (FQ) und den anorectic behaviour observation scal (ABOS). Des Weiteren füllten sie noch einen Fragebogen über ihre Zufriedenheit mit der aufklärenden und unterstützenden Intervention und der Hintergrundinformation aus.</p> <p>Teilnehmer: Familienmitglieder von Individuen mit einer Essstörung, welche an einer ambulanten Therapie der psychiatrischen Klinik der Landspítali University Hospital (LUH) in Island und in Prisma sind. Nach der ethischen Genehmigung wurden mögliche Teilnehmer telefonsich kontaktiert. Nach deren Zustimmung erhielten sie einen Instruktionsbrief, welcher die Absicht der Studie, die Teilnehmerkriterien sowie Informationen über die Studie, die Aufgabe, die Gruppensitzungen und die Idee hinter diesen Interventionen erläuterte.</p> <p>Ethik: Das Ethische Review Board und die Direktoren der Medizin und Pflege an der LUH haben die Studie ethisch abgesegnet. Die Intervention wurde durch die Forscher und einer Pflegeexpertin für Familienpflege</p>	<p>80 bis 90 Prozent der Familienmitglieder beschreiben die aufklärende Komponente als einfach verständlich, hilfreich und nützlich oder als eher einfach verständlich, eher hilfreich und eher nützlich. 59 Prozent der Teilnehmer beschreiben die unterstützende Intervention und die Diskussionen während den Gruppensitzungen als nützlich oder hilfreich oder als eher nützlich oder eher hilfreich. Grundsätzlich sind die Familienmitglieder den Aufgaben positiv gestellt. 80 bis 90 Prozent sind am meisten zufrieden mit der Schreibarbeit über ihre Erfahrungen als Verwandter einer Person mit Essstörung.</p> <p>Die erste Hypothese <i>dass ein ein signifikanter Unterschied identifiziert wird bezüglich emotionaler Reaktion, Aufdringlichkeit, Toleranz/Erwartungen, die Essstörung verstehen, Kritik und emotionaler Überbeteiligung der Familienmitglieder hinsichtlich des Individuums mit einer Essstörung wurde zum Teil bewiesen: Bei den Subskalen Verständnis des LEE Fragebogens wurde statistisch als signifikant getestet ($t(15) = 2.78, P=0.014$). In anderen Subskalen des LEE und FQ Fragebogens wurde eine positive Richtung festgestellt, jedoch kein signifikanter Unterschied. Die zweite Hypothese, das Essverhalten und die Sorge bezüglich Gewicht, Essen und Verleugnung der Probleme, die bulimieähnlichen Symptome und Hyperaktivität werden gemäss Bewertung von Familienmitgliedern signifikant zu reduzieren wurde ebenfalls zum Teil bestä-</i></p>	<p>Das Ziel der aufklärenden und unterstützenden Intervention war es, die Möglichkeiten der Familienmitglieder die Patienten zu unterstützen, zu verbessern.</p> <p>Die markantesten Ergebnisse konnten beim Verständnis der Familienmitglieder sowie das Essverhalten, die Sorge über Gewicht und Essen, die Verleugnung des Problems durch Patienten und Angehörige erzielt werden.</p> <p>Die Studie zeigt, dass diese Interventionen in die richtige Richtung führen, dass nicht überall signifikante Unterschiede ermittelt werden konnten, begründen die Forscher damit, dass relativ wenige Teilnehmer beteiligt waren und die Behandlung von kurzer Dauer war.</p> <p>Es lässt sich nicht sagen, welcher Teil der aufklärenden Intervention für die signifikante Verbesserung zuständig war, aber es ist sehr wahrscheinlich, dass die erhöhte Unterstützung hilfreich war.</p> <p>Limitationen:</p>

<p>können das Gefühl von Isolation und Schuldgefühl mildern, den Stress und die Last reduzieren sowie Hoffnung geben. Wenn die Familie am Heilungsprozess ihrer Angehörigen involviert sind, ist auch das Rückfallrisiko minimiert.</p> <p>Dennoch besteht immer noch eine Wissenslücke, wie das Gesundheitspersonal Familien bestmöglich unterstützen kann, damit diese beim Behandlungsprozess ihres Angehörigen mit einer Essstörung mithelfen können.</p> <p><i>Das Ziel der Studie ist es, Familien in ihrer Unterstützungsrolle zu helfen, sodass diese ihren Familienmitgliedern im Heilungsprozess helfen können.</i></p> <p>Hintergrund: Die Wichtigkeit der Unterstützung für Familien wurde von mehreren Studien belegt. Pflegefachpersonen sowie auch weiteres Gesundheitspersonal müssen die schmerzhaften Gefühle von Familien beurteilen, um ihnen Hoffnung zu geben.</p> <p>Das Calgary Familien Intervention Modell (CFIM) diente als theoretischer Rahmen für die Studie. Dieses basiert auf der postmodernen Theorie, Sys-</p>	<p>durchgeführt. Es fand im Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Island für Pflege statt. Die Daten wurden durch Statistiker des Instituts für Sozialwissenschaften an der Universität Island analysiert.</p> <p>Stichprobe: 24 Teilnehmer nahmen an den Gruppensitzungen teil, 21 davon an allen vier. Nach Beginn der Datensammlung mussten vier Teilnehmer, zwei Mütter und zwei Väter, ihre Teilnahme zurückziehen, wegen Anstellungsverpflichtungen.</p> <p>Die Familienmitglieder wurden in drei Gruppen von jeweils 6-8 Teilnehmer unterteilt. Die Stichprobe bestand aus 10 Eltern (Mütter und Väter), zwei Geschwister über 18 Jahre und drei Partner. Von zwei Patienten kamen drei Familienmitglieder, von drei Patienten kamen jeweils beide Eltern und von neun Patienten kam jeweils ein Familienmitglied. Der Bildungsstand variierte von Teilnehmer zu Teilnehmer, 81 % der Teilnehmer sind vollzeit berufstätig, 14% Teilzeit und 5% sind nicht berufstätig. Bei den Patienten handelt es sich um 14 Frauen zwischen 15-31 Jahren, das Durchschnittsalter liegt bei 21. 57% leiden an Bulimia Nervosa, 19% an Anorexia Nervosa, 10% an unspezifischer Essstörung und 14% machten dazu keine Angaben.</p> <p>Intervention: Die aufklärende und unterstützende Intervention bestand aus Bildung, Aufgaben, welche während und nach den Sitzungen erfüllt werden mussten, Unterstützungs Interventionen und Gespräche.</p> <p>Da die Essstörung häufig ignoriert wird, ist Aufklärung und Bildung darüber essenziell. Familienmitglieder wurden über Symptome, mögliche Ursachen, Behandlung und Prognosen sowie der Rolle der Verwandten auf-</p>	<p>tigt. Die Subskala Essverhalten und Sorge bezüglich Gewicht, Essen und Verleugnung der Probleme wurde als signifikant getestet ($t(18) = 3.181, P = 0.005$). Die anderen beiden Subskalen erhielten eine positive Richtung, jedoch konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden.</p>	<p>Die Hauptlimitation der Studie ist die geringe Anzahl an Teilnehmern. Des Weiteren wurden nur Teilnehmer miteinbezogen, deren Angehörige mit einer Essstörung bei den Forschern in Therapie sind und die sich für die Studie bereit erklärt haben. Die Patientinnen sind unterschiedlich lange in Behandlung, was einen Einfluss auf die Resultate haben könnte.</p> <p>Ausserdem gibt es in dieser Studie keine Kontrollgruppe, weshalb die positiven Veränderungen auch aussenstehenden Faktoren zugeschoben werden könnten. Deshalb können noch keine wesentlichen und allgemeingültige Aussagen über positive Effekte bezüglich Heilungsprozess gemacht werden.</p> <p>Anwendung der Studie für die Pflege: Da bisher kaum oder keine Studien zu aufklärenden oder unterstützenden Interventionen gemacht wurden, ist definitiv ein Bedarf für Wissen in diesem Bereich vorhanden. Die Pflege ist oft in der Position, in der sie aufklären wie auch die Familie unterstützen können. Es ist wichtig, genaue Assessments, wie den Familie bestmöglich geholfen werden kann und wie sie im Behandlungsprozess eine aktive, unterstützende Rolle übernehmen kön-</p>
---	---	---	---

<p>temtheorie, Cybernetics, Kommunikationstheorie, Veränderungstheorie sowie der Erkenntnisbiologie und wird in der Pflegeinterventionsliteratur angewendet, um Familien, welche mit chronischen oder psychischen Krankheiten konfrontiert werden, zu beurteilen und behandeln.</p> <p>Die Hypothesen der Forscher wurden aufgrund Literaturreviews sowie des theoretischen Rahmen erhoben.</p> <p><i>Die erste Hypothese lautet: Es wird ein signifikanter Unterschied identifiziert bezüglich emotionaler Reaktion, Aufdringlichkeit, Toleranz/Erwartungen, die Essstörung verstehen, Kritik und emotionaler Überbeteiligung der Familienmitglieder hinsichtlich des Individuums mit einer Essstörung.</i></p> <p><i>Die zweite Hypothese lautet: Das Essverhalten und die Sorge bezüglich Gewicht, Essen und Verleugnung der Probleme, die bulimieähnlichen Symptome und Hyperaktivität werden gemäss Bewertung von Familienmitgliedern signifikant reduziert.</i></p> <p><i>Daraus ergeben sich zwei Forschungsfragen:</i> - Wie ist die Zufriedenheit der Familienmitglieder der aufklärenden(?) Intervention</p>	<p>geklärt.</p> <p>Gespräche sollten emotionales oder psychologisches Leid, welches Auswirkungen auf die Familieninteraktion haben kann mildern. Denn eine funktionierende Familieinteraktion lindert schmerzhaftes Emotionen, heilt mentale Wunden und wiederbelebt das individuelle Funktionieren allgemein. Die Behandlung beinhaltet konstruktive Diskussionen, um verschiedenen Ansichten gleiches Gewicht zu geben. Ein wichtiges Ziel der Familienintervention war es, positive Überzeugungen hervorzurufen, um das Leid zu reduzieren und somit einen positiven Effekt auf die Familieninteraktion und Gesundheit zu haben. Familienmitglieder wurden aufgefordert, die Krankheit von den Patientinnen zu trennen. Sie wurden ermutigt, kurze Auszeiten von der Pflege zu geniessen, da es wichtig ist, für sich selbst zu sorgen.</p> <p>Datenerhebung:</p> <p>Instrumente:</p> <p><i>Level of expressed emotion scale questionnaire (LEE)</i></p> <p>Der LEE ist in vier Untergruppen aufgeteilt: aufdringlichkeit, emotionale Reaktion, Einstellung gegenüber der Krankheit/Verständnis sowie Toleranz/Erwartungen. Nur die Untergruppe Aufdringlichkeit konnte mittels des Cronbach's alpha Koeffizients auf seine Reliabilität getestet werden, da bei den anderen Gruppen durch Fehlen von gewissen Antworten in diesen Stufen. Der Fragebogen besteht aus 60 Fragen, welche mit ja oder nein beantwortet werden können.</p> <p><i>Familienfragebogen (FQ)</i></p> <p>Dieser Fragebogen misst die emotionale Reaktion. Es hat zwei Untergruppen: Kritik und emotionale Überbeteiligung des Lebens eines Individuums mit einer Essstörung. Er wurde auf die Reliabilität getestet, welche</p>		<p>nen, durchzuführen.</p> <p>Die Resultate der Studie können für die Pflege hilfreich sein, um Angebote für diese Patientengruppe im ambulanten wie auch stationären Setting zu generieren.</p> <p>Zusammenfassung:</p> <p>Familienmitglieder möchten ihren Angehörigen helfen, benötigen oft selbst auch Hilfe. Es ist wichtig, deren Bedeutung im Behandlungsprozess zu erkennen.</p> <p>Es sollten weitere Studien zum Beispiel mit Kontrollgruppen durchgeführt werden.</p>
---	---	--	--

<p>- Wie ist die Zufriedenheit der Familienmitglieder mit der Unterstützungs-Intervention?</p>	<p>einen Cronbach's alpha Koeffizient von 0.78 für Kritik und einen 0.86 für Überbeteiligung ergab. Der Fragebogen besteht aus 20 Fragen mit vier Antwortmöglichkeiten der Likert Skala.</p> <p><i>Anorectiv behaviour observation scale Fragebogen (ABOS)</i></p> <p>Dieser Fragebogen misst spezifische Symptome einer Essstörung. Es misst drei Subskalen: Essverhalten, Sorge über Gewicht, Essen und Verleugnung des Problems, bulimiaähnliches Verhalten und Hyperaktivität. Die erste Subskala wurde mit dem Cronbach's alpha Koeffizient von 0.69, der zweite mit 0.60 und die letzte Skala mit 0.56 bewertet. Der Fragebogen besteht aus 30 Fragen, welche mit Ja oder Nein beantwortet werden. <i>Hintergrundinformationen zur Zufriedenheit der Familienmitglieder</i></p> <p>Die Hintergrundinformationen wurde mittels eines Fragebogens ermittelt, welcher auf das Bildungsniveau, Zivilstand, Beschäftigungsgrad etc fokussierte. Zusätzlich wurden die Teilnehmer zur Zufriedenheit mit dem Inhalt der Interventionen befragt. Dieser Fragebogen bestand aus einer fünfstufigen Likert-Skala von hilfreich bis nicht hilfreich.</p> <p>Datenanalyse: Für die Datenanalyse wurde das statistische Programm SPSS benutzt sowie ein abhängiger Sample t-Test (paired t-test) wurde für die Verarbeitung der Daten benutzt. Assessments mit den gleichen Individuen wurde vor und nach Behandlung wiederholt in Relation zu den Hypothesen der Forscher, um herauszufinden, ob ein signifikantes Resultat von den LEE, FQ und ABOS Fragebogen resultiert. Der Grenzwert wurde auf $P=0.05$ gesetzt, um die statistische Signifikanz der Berechnungen zu analysieren.</p>		
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. Journal of psychiatric and mental health nursing, 18(2), 122-130.
doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Berufspraxis, da bisher wenig oder gar nichts über mögliche pflegerische Interventionen für die Unterstützung von Angehörigen von Patienten mit einer Essstörung bekannt ist. Die Studie bezieht sich allgemein auf Essstörungen, die Thematik, mit welcher sie sich jedoch auseinandersetzt lässt sich gut auf die Forschungsfrage 2 vorliegender Bachelorarbeit übertragen.</p> <p>Die Forschungsfragen werden detailliert ausgeschrieben und mit Hypothesen der Forscher ergänzt.</p> <p>Das Thema wird ausführlich mittels vorhandener Literatur und bereits durchgeführten Studien eingeleitet.</p>	<p>Design: Das Pre-Post-Design ist für diese Fragestellung gut gewählt, da man so die Veränderungen vornher / nachher erkennen kann.</p> <p>Stichprobe: Da eine ganz bestimmte Zielgruppe für die Beantwortung der Forschungsfrage gefragt ist, ist die gewählte Stichprobenziehung angebracht. Eine Zufallsstichprobe wäre in diesem Fall ungeeignet, da nicht alle Personen dieses Phänomen erleben. Durch diesen Selektionsprozess der Forscher wird sichergestellt, dass die Personen für die Studie geeignet sind, allerdings könnte eine Selektions-Bias vorhanden sein, da diejenigen Eltern, die sich für die Studie bereitklärten, auch solche sein könnten, die sich aktiv für ihr Kind einsetzen, andere, welche die Krankheit anders oder heftiger erleben, könnten sich vielleicht gar nicht gemeldet haben.</p> <p>Die Stichprobe weist eine geringe Anzahl Teilnehmer auf, was die Repräsentativität mindert, allerdings kann man davon ausgehen, dass viele Eltern in westlichen Ländern ähnliches fühlen und somit auch eine geringe Anzahl Teilnehmer allgemeingültige Aussagen machen können. Da die Teilnehmerzahl von Beginn eher klein war, fielen die Drop-outs ins Gewicht und könnten die Aussagen in ihrer Repräsentativität nochmals geschmälert haben. Diejenigen, die die Studie verlassen mussten, mussten dies wegen der Arbeit tun, dies hätte bestimmt noch interessante Aussagen zum Erleben der</p>	<p>Die Ergebnisse sind mit Tabellen ergänzt. Diese sind im APA Format dargestellt und vollständig.</p>	<p>Es werden alle Resultate diskutiert, die Interpretation stimmt mit den Ergebnissen überein. Die Hypothesen werden konkret beantwortet und diskutiert. Bei den Ergebnissen, welche keinen signifikanten Unterschied aufweisen, werden logische Gründe genannt und diskutiert.</p> <p>Stärken und Schwächen, bzw. Limitationen werden von den Forschern genannt. Die Forscher nennen nützliche Anwendungen für die Pflege in der Praxis und erläutern klar, unter welchen Bedingungen. Sie weisen auch darauf hin, dass weitere Forschung nötig ist, um die Aussagen verallgemeinern zu können und klarere signifikante Unterschiede zu erhalten. Weiter sollte mit einer Kontrollgruppe geforscht werden.</p>

	<p>Krankheit mit der Work-Life Balance gegeben.</p> <p>Es sind keine Vergleichsgruppen vorhanden, was die Forscher auch als Limitation angeben. Da bisher wenig zu diesem Phänomen geforscht wurde, gibt es kaum Erfahrungswerte, es wurde keine SampleSize Calculation durchgeführt.</p> <p>Datenerhebung / Messverfahren</p> <p>Die Datenerhebung ist nachvollziehbar, da mittels Fragebogen die individuellen Veränderungen vor und nach Intervention erfragt werden können. Die Daten des Fragebogens <i>Level of expressed emotion scale questionnaire (LEE)</i> sind nicht komplett, da nicht von allen Gruppen Antworten kamen. Bei den anderen Fragebogen sind die Daten komplett. Die einzelnen Subskalen, bei denen die Daten komplett waren, wurden mittels Cronbach's Alpha Koeffizient, um die interne Konsistenz eines psychometrischen Instruments und somit die Reliabilität zu schätzen.</p> <p>Familienfragebogen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kritik 0.78 → akzeptable Reliabilität - Überbeteiligung 0.86 → gute Reliabilität <p>(ABOS):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Essverhalten, Sorge über Gewicht 0.69 → fragwürdige bis akzeptable Reliabilität - Essen und Verleugnung des Problems 0.60 → fragwürdige Reliabilität - bulimiaähnliches Verhalten und Hyperaktivität 0.56 → schlechte Reliabilität <p>Die Reliabilitäten wurden von den Forschern nicht diskutiert weiter diskutiert.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Verfahren für die Datenanalyse werden genau beschrieben. Für die Unterschiede von vorher / nachher wurde ein abhängiger Sample t-Test durchgeführt, was einen Vergleich von 2 Zuständen zulässt: Vor der Intervention und nach der Intervention (ab-</p>		
--	---	--	--

	<p>hängige Stichprobe) Die Höhe des Signifikanzniveaus ist nachvollziehbar und wird von den Forschern begründet.</p> <p>Ethik: Das Ethische Review Board und die Direktoren der Medizin und Pflege an der LUH haben die Studie ethisch abgesegnet, die Studie wurde erst nach ethischer Zulassung durchgeführt. Die Beziehungen zwischen Forscher und Teilnehmer wird nicht diskutiert.</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).

Zusammenfassung des Fachartikels: Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(1), 51-58.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Eltern sind während der Behandlung ihrer Kinder häufig hochgradig emotional belastet. Es kommt zu Reaktionen wie Angst, Schuldgefühle, Verzweiflung, Resignation und Wut.</p> <p>Das Einbeziehen der Eltern in den Behandlungsprozess ist mittlerweile selbstverständlich (Familientherapie). Dadurch kommt es aber zur grossen Belastung.</p>	<p>Familienpsychoedukation: Mit dem Angebot einer Psychoedukationsgruppe wird versucht, eine Verbesserung des Krankheitsverständnis und zu grösserer Transparenz der Behandlung beizutragen. Die Vermittlung relevanter Informationen soll den Eltern eine klare Position im Behandlungsprozess aufzeigen und Widerstände aber auch störungsspezifische Konflikte zwischen Patientin, Eltern und Behandlungsteam reduzieren. Die Durchführung der Psychoedukation als Gruppenangebot soll dazu beitragen, dass Eltern sich nicht im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit fühlen, und eine Emotionalisierung des Informationsprozesses erleichtern.</p> <p>Formaler und zeitlicher Ablauf der Psychoedukation Die Psychoedukationsgruppe wird für Eltern ambulant oder stationär behandelter Patienten in der Klinik in Aachen angeboten. Bereits im Rahmen der Erstvorstellung in der Ambulanz werden Eltern über das Angebot mündlich und schriftlich informiert. Eine schriftliche Einladung erfolgt, sobald sich genügend Eltern gemeldet haben (mindestens vier bis fünf Elternpaare). Das Schulungsprogramm umfasst fünf Sitzungen in wöchentlichem Abstand über je 90 Minuten und wird von einem Arzt, einer Ernährungswissenschaftlerin und einer Ergotherapeutin der Klinik geleitet. Für den Unterricht werden Beamerprojektionen verwendet, von denen die Eltern am Ende des letzten Schulungstermins eine Kopie erhalten (Handout). Die Gruppentreffen finden an Besuchsnachmittagen statt, um weiter weg</p>	<p>Die überwiegende Mehrheit der Eltern ist mit dem Angebot zufrieden. 72% beschreibt die Anwesenheit anderer Eltern als ziemlich hilfreich oder hilfreich. Die Aussage „Die Infos waren hilfreich, mich besser auf die Krankheit meines Kindes einzustellen“ beantworten 101 Teilnehmer mit „ja“, 13 mit „ziemlich“, 1 Teilnehmer mit „nein“. Ein kleiner Teil (n=7) beschreibt die Schulung als belastend, 9 Eltern erlebten die Informationen als „zu medizinisch“ Die Mehrheit der Eltern empfiehlt das Angebot anderen Eltern: n=35.</p>	<p>Die Psychoedukation wird von den Eltern geschätzt, viele wünschen sich, dass die Gruppe nach den vier Terminen als „Selbsthilfegruppe“ bestehen bleibt.</p> <p>Weiter kommt der Wunsch, dass Eltern noch vermehrt praktische Ratschläge zum Umgang mit den Patienten schätzen würden.</p> <p>Limitationen: Da die Evaluation nach dem letzten Termin erfolgt, kann es sein, dass überwiegend zufriedene Eltern an der Befragung teilgenommen haben und deswegen das Resultat etwas verzerrt.</p>

	<p>wohnenden Eltern die Teilnahme zu erleichtern. Mit der Einladung erhalten die Eltern einen eigens entwickelten Fragebogen zu essgestört spezifischen Problembereichen zugeschickt, welchen sie bis zur Schulung ausfüllen sollten.</p> <p>Am Ende des letzten Termins wird eine Feedbackrunde mit den Teilnehmern durchgeführt. Zusätzlich wird ein von den Gruppenleitern selbst konzipierter Fragebogen zur Einschätzung des Schulungsangebots durch die Eltern ausgeteilt. Bereits im Vorfeld wird klar definiert, dass es sich um eine nichttherapeutische Gruppe handelt. (es werden keine therapeutischen Empfehlungen gemacht).</p> <p>Inhalte der Psychoedukation</p> <p>Beim ersten Termin steht das Krankheitsbild A.N. im Vordergrund Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - das heutige Schönheitsideal, - Prävalenz, - Gegenüberstellung mit Bulimia nervosa → Es soll Eltern helfen zu verstehen, dass zur Entwicklung des vollständigen Krankheitsbildes eine zusätzliche Vulnerabilität für die Entwicklung einer Essstörung auszugehen ist. - Auswirkungen von Hunger (Semistarvation) - körperliche, psychische und kognitive Veränderungen - Akute medizinische Komplikationen - mögliche Spätfolgen - Bedeutung des Zielgewichts für eine Genesung - Gewichtsphobie - multidimensionäre Ätiologie <p>Beim zweiten Termin steht die Bulimia nervosa im Mittelpunkt (wird hier nicht weiter erklärt) Nach den ausführlichen Informationen zu beiden Krankheitsbildern wird in der zweiten Sitzung mit der Erklärung des ambu-</p>		
--	---	--	--

	<p>lanten und stationären Behandlungskonzept begonnen. Darin wird auch auf die Rolle als Angehörige eingegangen.</p> <p>Beim dritten Termin geht es um die Ernährung.</p> <p>Beim vierten Termin wird den Eltern das Phasenmodell der Behandlung weiter verdeutlicht. Eltern wird aufgezeigt, dass sie bevor sie mit ihrem Kind auswärts essen, eine gemeinsame Mahlzeit auf der Station einnehmen können, damit sie das Essverhalten besser beruteilen können.</p> <p>Beim fünften und letzten Termin werden Strategien zur Verringerung des Rückfallrisikos nach Entlassung diskutiert.</p> <p>Stichprobe:</p> <p>Eltern von 153 Patienten mit Essstörungen der Klinik Aachen (Durchschnittsalter der Patienten 15.3 Jahre). 61 davon befanden sich zum Zeitpunkt der Elternschulung in ambulanter, 91 Patienten in stationärer Behandlung, 1 in tagesklinischer Behandlung. Die Teilnehmerzahl pro durchgeführter Schulung betrug von 3 Elternpaare oder teilen bis zu Angehörigen von 13 Patienten. Insgesamt nahmen 98 Väter, 142 Mütter, 3 Grossmütter und 1 Grossvater teil. Von den insgesamt 240 teilnehmenden Eltern nahmen 75% mindestens an drei Terminen teil. Fehlen wurde mit den Problemen wegen Berufstätigkeit begründet.</p> <p>Am Evaluationsfragebogen haben insgesamt 115 Eltern teilgenommen.</p>		
--	---	--	--

Würdigung der Studie: Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31(1), 51-58.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Intervention Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern von Kindern mit Essstörungen wird untersucht, da diese auch durch Pflegefachpersonen geleitet werden könnte, handelt es sich um eine pflegerelevante Untersuchung.</p> <p>Das Phänomen wird mittels Literatur detailliert beschrieben, Begriffe werden geklärt</p> <p>Das Ziel der Studie und die Absicht der Untersuchung ist explizit dargestellt</p> <p>Die Signifikanz der Arbeit wird hintergründig jedoch nicht explizit beschrieben.</p>	<p>Die Studie ist nicht im EMED-Format aufgebaut.</p> <p>Design: Das Design ist etwas unklar, es handelt sich um eine Klinikinterne Untersuchung.</p> <p>Stichprobe: Alle Eltern, deren Kinder in Behandlung wegen einer Essstörung in der Klinik sind, können das Angebot nutzen und sind dann in die Untersuchung eingeschlossen, falls sie den Evaluations-Fragebogen ausfüllen. Die Stichprobe ist nur mässig repräsentativ, da die Teilnahme an der Evaluation nur diejenigen einschliesst, die mindestens 3 Termine besucht haben, diejenigen, die früher abgebrochen haben, gaben keine Meinung ab. Dies könnte die Resultate zugunsten des Programms beeinflussen und somit eine Selektion abbilden. Die Teilnehmer und das Setting sind ausführlich beschrieben. Die Teilnehmer sind als Informanten geeignet, da sie das Phänomen erleben.</p> <p>Datenerhebung: Die Vorgehensweise der Daten sind teilweise beschrieben, die genaue Erhebung des eigens dafür hergestellten Fragebogens wird nicht genauer erklärt. Die Selbstbestimmung der Teilnehmer wird dadurch sichergestellt, da nur diejenigen, die wollen, den Fragebogen ausfüllen müssen. Die Datensättigung wird diskutiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Studie enthält kein normaler Methoden-</p>	<p>Es werden nicht alle Ergebnisse diskutiert, nur einzelne Parameter herausgehoben.</p> <p>Die Hypothesen der Forscher werden durch das Ergebnis bestätigt.</p>	<p>Limitationen und mögliche Selektionen werden von den Forschern genannt.</p> <p>Es werden Möglichkeiten zur Verbesserung/Erweiterung der Intervention genannt</p> <p>Gegenstand weiterer möglicher Untersuchungen werden genannt.</p>

	<p>teil, stattdessen wird die Intervention genau beschrieben. Die Datenanalyse wird beschrieben? (→ es ist ja einfach ein Fragebogen ausgewertet worden...)</p> <p>Die Glaubwürdigkeit wird nicht sichergestellt, es handelt sich um eine Klinikinterne Untersuchung, was die Ergebnisse beeinflussen könnte.</p> <p>Ethik: Die Erhebungsbogen wurden bewusst anonym gehalten, um den Eltern auch negative Kritik zu ermöglichen, dies verhinderte jedoch eine genaue Auswertung bezüglich Unterschiedlicher Einschätzungen durch Väter und Mütter,</p>		
--	--	--	--

Güte/ Evidenzlage: unterstes Evidenzlevel: Der primärdatenbasierte Forschungsartikel befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide von DiCenso, Bayley und Haynes (2009).